



American Claims Management
P.O. Box 85251
San Diego, CA 92186-5251

Innovative Solutions.
Exceptional Results.

**IMPORTANT - DO NOT DESTROY
KEEP WITH INSURANCE DOCUMENTS**

Arrowhead General Insurance Company
TPA: American Claims Management, Inc.
Re: Workers' Compensation Policy

Dear Policyholder,

Everest National Insurance Company is the Workers' Compensation carrier for your account and is pleased to have you as a policyholder. Everest National has selected **American Claims Management, Inc.** as your Workers' Compensation claim administrator. **Arrowhead General Insurance Company** is providing you with information regarding your company's Workers' Compensation coverage and your obligations under the law.

Policyholder Kits for each location containing posting notices and other required forms will be supplied to you. Medical Provider Panel Card listing medical providers near your location(s), and/or instructions for you to print a Medical Provider Panel Card (if applicable under the state Workers' Compensation law) will be included in the Policyholder Kit.

Prompt claim reporting may help reduce the cost of your claims.

Please refer to the enclosed **"How to Report a Work Related Injury"** instructions for details on how to report a loss. A toll free phone number and/or a toll free FAX number is available to you 24 hours a day, 7 days a week to report your claims. Claim management activities will be initiated with your phone call, including completion of the Employer's First Notice of Loss report, which will be automatically filed with the appropriate state Workers' Compensation Department on your behalf. A copy will be sent to you for your records.

Please report all claims within **24 hours** of the injury. All serious injuries or deaths should be called in **immediately**. You may be subject to potential fines and/or penalties if you fail to report claims timely.

NOTE: Notice of an on-the-job injury means notice from your employee or someone on his/her behalf, receipt of a doctor's report, or a request from **American Claims Management** for your Employer's First Report of Injury. Please do not wait for medical documentation to report the claim.

If your policy contains coverage in California, claim forms can be accessed at our website:
www.everestnational.com/workcomp

We are here to assist you when one of your employees is injured or makes a claim for Workers' Compensation benefits. Should you have any questions regarding Workers' Compensation, your responsibilities under the state Workers' Compensation laws or the content of this letter, please do not hesitate to contact our office.

Sincerely,

American Claims Management, Inc.
866.671.5042

02.08.23

ACMClaims.com

TOL 866.671.5042
FAX 619.744.5030
CA License #2C37446

Workers' Compensation Employer Alert

Immediate Action Needed!

In an effort to help limit the costs of your workers' compensation insurance coverage, please follow these steps:

- #1 **Read** the enclosed MPN material
- #2 **Post** the MPN Doctor Panel next to the Posting Notice (State Form DWC-7)
- #3 **Complete and Return** the enclosed Employer Acknowledgement form

IMPORTANT INFORMATION

Everest Medical Provider Network (MPN) - CALIFORNIA

Dear Policyholder:

Everest Insurance is pleased to provide the **Everest Medical Provider Network**. Utilizing a select group of highly qualified medical and ancillary service providers, this custom network provides exciting capabilities to deliver prompt and appropriate treatment, designed to return your injured workers to productive employment expeditiously. Our MPN offers a comprehensive range of services from health care professionals and facilities across California.

- **Benefits of an MPN** – You may have a direct impact in controlling workers' compensation costs by using our MPN. Injured workers are treated by a network of medical providers who are properly credentialed and skilled at treating occupational injuries. Injured workers must choose providers within the network throughout the duration of their claim.

As an added benefit, our Medical Management Unit assists with the utilization of the **Everest Medical Provider Network**. Our Medical Access Assistant is available to answer general questions by covered employees and employers regarding the MPN and is able to direct employees to a provider in the network, if necessary. The Medical Access Assistant can be contacted toll free at **(800) 608-9822** or via email at EverestMPN@EverestGlobal.com.

- **Everest Medical Provider Network** – The network is anchored by initial treatment providers with extensive experience in occupational medicine, including Concentra and Kaiser On-the-Job® (KOJ).

In order to ensure a successful program, it is important that you read the enclosed *“Employer Responsibilities”* and follow the instructions.

The **Everest Medical Provider Network** panel must be **posted** at each of your locations. Please review and direct your injured workers to a provider listed on the panel in the event of a work-related injury or illness. These provider panels have been sent under separate cover and must be **posted** next to the DWC-7 form and **distributed to all California office locations**.

If you need assistance in creating a customized medical provider network panel, please contact our Medical Access Assistant toll free at **(800) 608-9822**.

I encourage you to contact us with any questions.

Sincerely,

Laura O'Leary

Laura O'Leary
AVP, Medical Management



**EVEREST INSURANCE®
MEDICAL PROVIDER NETWORK (MPN)**

EMPLOYER RESPONSIBILITIES - CALIFORNIA

The **Everest Medical Provider Network** has been created to ensure your employees receive prompt access to treatment for any work-related injury or illness by health care professionals with expertise in occupational health care. The goal is to have employees injured on the job receive appropriate treatment so they may return to work safely after the work-related injury or illness. Your help is needed to accomplish this goal.

The following information is designed to guide you through your MPN responsibilities and to assure that your employees are directed to an **Everest Medical Provider Network** doctor at time of injury.

ACTION NEEDED:

Everest Medical Provider Network Panel

The **Everest Medical Provider Network** panel must be **posted** next to the *"Notice to Employees –Injuries Caused by Work"* (Posting Notice-State Form DWC-7) in a conspicuous place frequented by employees during the hours of the workday. The provider panels have been sent under separate cover.

If you would like to further customize your Medical Provider Network panel, please contact our Medical Access Assistant at **(800) 608-9822** to discuss options.

Employer Acknowledgement

Once the enclosed information has been **reviewed** and the **Everest Medical Provider Network** panel has been **posted**, please **complete and submit** the *Employer Acknowledgement* to Everest Insurance®, Attn: Medical Access Assistant, **PO Box 69, Orange, CA, 92856**, or fax to **(714) 371-9675**, or email to Everestmpn@EverestRe.com. Maintain a copy for your records.

FOR YOUR INFORMATION:

Complete Written Employee Notification Re: Medical Provider Network (English/Spanish)

The *Complete Written Employee Notification* is enclosed for your information. It is provided to your employees at time of injury and may assist you in answering questions about the workers' compensation process.

Continuity of Care Policy – Employee Overview (English/Spanish)

The *Continuity of Care Policy* outlines what Everest Insurance® is required by law to do if a provider is terminated from the MPN and is treating an injured worker. Retain this information in your files as it must be made available for review upon employee request.

Transfer of Ongoing Care Policy – Employee Overview (English/Spanish)

The *Transfer of Ongoing Care Policy* outlines what Everest Insurance® is required by law to do if one of your injured workers is treating with a provider who is not in the MPN. Retain this information in your files as it must be made available for review upon employee request.



EMPLOYER ACKNOWLEDGEMENT Everest Medical Provider Network - 1719

This is to confirm that the enclosed MPN information was reviewed and the **Everest Medical Provider Network** doctor panel was posted on:

(Date Panel Posted)

(Policy Number)

(Employer Name)

(Employer Telephone Number)

(Employer Address –street, city, state, zip)

(Employer Contact Name)

Submit this form:

by mail to: Everest Insurance®
Attn: Medical Access Assistant
P.O. Box 69
Orange, CA 92856

or fax to: (714) 371-9675

or e-mail to: EverestMPN@EverestRe.com

If you would like to customize your Medical Provider Network panel or have any questions, please call our Medical Access Assistant at (800) 608-9822.

Important Information about Medical Care if you have a Work-Related Injury or Illness

Everest Insurance
Complete Written Employee Notification Re: Medical Provider Network
(Title 8, California Code of Regulations, section 9767.12)

California law requires your employer to provide and pay for medical treatment if you are injured at work. Your employer has chosen to provide this medical care by using a Workers' Compensation physician network called a Medical Provider Network (MPN). This MPN is administered by Everest Insurance. This notification tells you what you need to know about the MPN program and describes your rights in choosing medical care for work-related injuries and illnesses.

- **What happens if I get injured at work?**

In case of an emergency, you should call 911 or go to the closest emergency room.

If you are injured at work, notify your employer as soon as possible. Your employer will provide you with a claim form. When you notify your employer that you have had a work-related injury, your employer or insurer will make an initial appointment with a doctor in the MPN.

- **What is an MPN?**

A Medical Provider Network (MPN) is a group of health care providers (physicians and other medical providers) used by your employer to treat workers injured on the job. MPNs must allow employees to have a choice of provider(s). Each MPN must include a mix of doctors specializing in work-related injuries and doctors with expertise in general areas of medicine.

- **What MPN is used by my employer?**

Your employer is using the **Everest Medical Provider Network** with the MPN identification number **1719**. You must refer to the MPN name and the MPN identification number whenever you have questions or requests about the MPN.

- **Who can I contact if I have questions about my MPN?**

The MPN Contact listed in this notification will be able to answer your questions about the use of the MPN and will address any complaints regarding the MPN.

The contact for your MPN is:

MPN Contact
PO Box 69, Orange, CA 92856
Toll Free Phone: (800) 608-9822
Fax: (714) 371-9675
Email: EverestMPN@EverestGlobal.com

General information regarding the MPN can also be found at the following website:

www.EverestGlobal.com/workcomp

- 1) click link titled **California claims**
- 2) click in the box titled **Find out more**
- 3) click link under the heading **Finding a medical provider**

Important Information about Medical Care if you have a Work-Related Injury or Illness

- **What if I need help finding and making an appointment with a doctor?**

The MPN's Medical Access Assistant will help you find available MPN physicians of your choice and can assist you with scheduling and confirming physician appointments. The Medical Access Assistant is available to assist you Monday through Saturday (except holidays) from 7:00AM to 8:00PM Pacific Time and schedule medical appointments during doctors' normal business hours. Assistance is available in English and in Spanish.

The contact information for the Medical Access Assistant is:

Medical Access Assistant
PO Box 69, Orange, CA 92856
Toll Free Phone: (800) 608-9822
Fax: (714) 371-9675
Email: EverestMPN@EverestGlobal.com

- **How do I find out which doctors are in my MPN?**

You can get a regional list of all MPN providers in your area by calling the MPN Contact or by going to our website at: www.EverestGlobal.com/workcomp. To access a regional list: 1) click on the link titled **California claims**; 2) click in the box titled **Find out more**; 3) under the heading titled **Finding a medical provider**, click on the link titled Everest Medical Provider Network (MPN #1719); 4) at the top of the page select **Region Search** and enter appropriate information to complete your search. At minimum, the regional list must include a list of all MPN providers within 15 miles of your workplace and/or residence or a list of all MPN providers within the county where you live and/or work. You may choose which list you wish to receive. You also have the right to obtain a list of all the MPN providers upon request.

You can access the roster of all treating physicians and the roster of all participating providers in the MPN by going to the website at: www.EverestGlobal.com/workcomp (click on the link titled **California claims**; click in the box titled **Find out more**; under the heading titled **Finding a medical provider**, click on the link titled Everest Medical Provider Network (MPN #1719) and select **Roster of Treating Physicians & All Participating Providers**).

- **How do I choose a provider?**

Your employer or the insurer for your employer will arrange the initial medical evaluation with a MPN physician. After the first medical visit, you may continue to be treated by this doctor, or you may choose another doctor from the MPN.

If appropriate, you may choose a specialist or ask your primary treating physician for a referral to a specialist. Some specialists will only accept appointments with a referral from the primary treating physician. Such specialties might be listed as "by referral only" in your MPN directory.

If you need help in finding a doctor or scheduling a medical appointment, you may call the Medical Access Assistant.

- **Can I change providers?**

Yes. You can change providers within the MPN for any reason, but the providers you choose should be appropriate to treat your injury. Contact the MPN Contact or your claims examiner if you want to change your treating physician.

Important Information about Medical Care if you have a Work-Related Injury or Illness

- **What standards does the MPN have to meet?**

The MPN has providers for the entire State of California, except for Alpine and Sierra Counties.

The MPN must give you access to a regional list of providers that includes at least 3 physicians in each specialty commonly used to treat work injuries/illnesses in your industry. The MPN must provide access to 3 primary treating physicians and a hospital or a provider of emergency healthcare service within 30 minutes or 15 miles and specialists within 60 minutes or 30 miles of where you work or live.

If you live in a rural area or an area where there is a health care shortage in which health facilities and MPN providers are located at least 30 miles apart from your residence or workplace, there may be a different standard. You are allowed to obtain services from a non-contracted provider outside the MPN within a reasonable geographic area because all services shall be available and accessible at reasonable times to all covered employees.

After you have notified your employer of your injury, the MPN must provide initial treatment within 3 business days. If treatment with a specialist has been authorized, your initial appointment with the specialist must be provided to you within 20 business days of your request. If the initial appointment with the specialist cannot be scheduled within 10 business days of your request, you may be allowed to obtain treatment with an appropriate specialist outside of the MPN.

If you have trouble getting an appointment with a provider in the MPN, contact the Medical Access Assistant.

If there are no MPN providers in the appropriate specialty available to treat your injury within the distance and timeframe requirements, then you will be allowed to seek the necessary treatment outside of the MPN.

- **What if there are no MPN providers where I am located?**

If you are a current employee living in a rural area or temporarily working or living outside the MPN service area, or you are a former employee permanently living outside the MPN service area, the MPN Contact or your claim examiner will give you a list of at least 3 physicians who can treat you. The MPN may also allow you to choose your own doctor outside of the MPN network. Contact your MPN Contact for assistance in finding a physician or for additional information.

- **What if I need a specialist that is not available in the MPN?**

If you need to see a type of specialist that is not available in the MPN, you have the right to see a specialist outside of the MPN.

- **What if I disagree with my doctor about medical treatment?**

If you disagree with your doctor or wish to change your doctor for any reason, you may choose another doctor within the MPN.

If you disagree with either the diagnosis or treatment prescribed by your treating doctor, you may ask for a second opinion from another doctor within the MPN. If you want a second opinion, you must contact the claims examiner and tell them you want a second opinion. The claims examiner should give you at least a regional or full MPN provider list from which you can choose a second opinion doctor. To get a second opinion, you must choose a second opinion doctor from the MPN list and make an appointment within 60 days. You must tell the claims examiner of your appointment date, and the claims examiner will send the second opinion doctor a copy of your medical records. You can request a copy of your medical records that will be sent to the second opinion doctor.

Important Information about Medical Care if you have a Work-Related Injury or Illness

If you do not make an appointment within 60 days of receiving the regional provider list, you will not be allowed to have a second or third opinion with regard to this disputed diagnosis or treatment of this treating physician.

If the second opinion doctor feels that your injury is outside of the type of injury he or she normally treats, the second opinion doctor's office will notify the claims examiner and you. You will get another list of MPN doctors or specialists so you can make another selection.

If you disagree with the second opinion doctor, you may ask for a third opinion. If you request a third opinion, you will go through the same process you went through for the second opinion.

Remember that if you do not make an appointment within 60 days of obtaining another MPN provider list, then you will not be allowed to have a third opinion with regard to this disputed diagnosis or treatment of this treating physician.

When you select the third opinion doctor, the MPN Contact will give you information on requesting an MPN Independent Medical Review (MPN IMR) and fill in the Medical Provider Network Contact section of the MPN IMR application form for you. If you disagree with the third opinion doctor, you can complete the Employee Section of the MPN IMR application form and file the completed MPN IMR application form with the California Division of Workers' Compensation for an MPN IMR.

If either the second or third opinion doctor or MPN Independent Medical Reviewer agrees with your need for a treatment or test, you may be allowed to receive that medical service from a provider within the MPN. If the MPN does not contain a physician who can provide the recommended treatment, you may choose a physician outside the MPN within a reasonable geographic area.

- **What if I am already being treated for a work-related injury before the MPN begins?**

Your employer or insurer has a "*Transfer of Ongoing Care*" policy that will determine if you can continue being temporarily treated for an existing work-related injury by a physician outside of the MPN before your care is transferred into the MPN.

If your current treating doctor is not or does not become a member of the MPN, then you may be required to see a MPN physician. However, if you have properly predesignated a primary treating physician before your work injury date, you cannot be transferred into the MPN. If you have questions about predesignating your personal physician, ask your supervisor.

If your employer decides to transfer you into the MPN, you and your primary treating physician must receive a letter notifying you of the transfer.

If you meet certain conditions, you may qualify to continue treating with a non-MPN physician for up to a year before you are transferred into the MPN. The qualifying conditions to postpone the transfer of your care into the MPN are set forth in the box below.

Important Information about Medical Care if you have a Work-Related Injury or Illness

Can I Continue Being Treated By My Doctor?

You may qualify for continuing treatment with your non-MPN provider (through Transfer of Ongoing Care or Continuity of Care) for up to a year if your injury or illness meets any of the following conditions:

- **(Acute)** The treatment for your injury or illness will be completed in less than 90 days.
- **(Serious or Chronic)** Your injury or illness is one that is serious and continues for at least 90 days without full cure or worsens and requires ongoing treatment. You may be allowed to be treated by your current treating doctor for up to one year, until a safe transfer of care can be made.
- **(Terminal)** You have an incurable illness or irreversible condition that is likely to cause death within one year or less.
- **(Pending Surgery)** You already have a surgery or other procedure that has been authorized by your employer or insurer that will occur within 180 days of the MPN effective date, or the termination of contract date between the MPN and your doctor.

You can disagree with your employer's decision to transfer your care into the MPN. If you do not want to be transferred into the MPN, ask your primary treating physician for a medical report on whether you have one of the four conditions stated above to qualify for a postponement of your transfer into the MPN.

Your primary treating physician has 20 days from the date of your request to give you a copy of his/her report on your condition. If your primary treating physician does not give you the report within 20 days of your request, the employer can transfer your care into the MPN and you will be required to use a MPN physician.

You will need to give a copy of the report to your employer if you wish to postpone the transfer of your care. If you or your employer disagrees with your doctor's report on your condition, you or your employer can dispute it. See the complete Transfer of Ongoing Care policy for more details on the dispute resolution process.

For a copy of the Transfer of Ongoing Care policy, in English or Spanish, ask your MPN Contact.

- **What if I am being treated by a MPN doctor who decides to leave the MPN?**

Your employer or insurer has a "*Continuity of Care*" policy that will determine whether you can temporarily continue treatment for an existing work injury with your current treating doctor if your doctor is no longer participating in the MPN.

If you do not meet any of the above conditions, you do not qualify to continue your care with the terminated MPN provider, you and your primary treating physician must receive a letter notifying you of this decision.

If you meet certain conditions, you may qualify to continue treating with this doctor for up to a year before you must choose a MPN physician. These conditions are set forth in the "***Can I continue being treated by my doctor?***" box above.

Important Information about Medical Care if you have a Work-Related Injury or Illness

You can disagree with your employer's decision to deny you Continuity of Care with the terminated MPN provider. If you want to continue treating with the terminated doctor, ask your primary treating physician for a medical report on whether you have one of the four conditions stated in the box above to see if you qualify to continue treating with your current doctor temporarily.

Your primary treating physician has 20 days from the date of your request to give you a copy of his/her medical report on your condition. If your primary treating physician does not give you the report within 20 days of your request, your employer's decision to deny you Continuity of Care with your doctor who is no longer participating in the MPN will apply, and you will be required to choose a MPN physician.

You will need to give a copy of the report to your employer if you wish to postpone the selection of a new doctor within the MPN for your treatment. If you or your employer disagrees with your doctor's report on your condition, you or your employer can dispute it. See the complete Continuity of Care policy for more details on the dispute resolution process.

For a copy of the Continuity of Care policy, in English or Spanish, ask your MPN Contact.

- **What if I have questions or need help?**

- **MPN Contact:** You may always contact the claims examiner or the MPN Contact if you have questions about the use of the MPN and to address any complaints regarding the MPN.
- **Medical Access Assistants:** You can contact the Medical Access Assistant if you need help finding MPN physicians and scheduling and confirming appointments.
- **Division of Workers' Compensation (DWC):** If you have any questions regarding your rights and responsibilities under the California workers' compensation law you can call the DWC's Information and Assistance (I&A) unit at (800) 736-7401 for a recorded message, or access its webpage <https://www.dir.ca.gov/dwc/landA.html> to locate the contact information of your nearest local I&A office for assistance. You can also go to the DWC's website at www.dir.ca.gov/dwc and click on "medical provider networks" for more information about MPNs.
- **MPN Independent Medical Review:** If you have questions about the MPN Independent Medical Review process, contact the Division of Workers' Compensation's Medical Unit at:

DWC Medical Unit
P.O. Box 71010
Oakland, CA 94612
(510) 286-3700 or (800) 794-6900

Keep this information in case you have a work-related injury or illness

Información Importante acerca de la Atención Médica para personas que sufren Una Enfermedad Ocupacional o un Accidente de Trabajo

Everest Insurance

Complete la Notificación Escrita para Empleados: Red de Proveedores Médicos

(Título 8, del Código de Regulaciones de California, sección 9767.12)

La ley de California requiere que su empleador proporcione y pague el tratamiento médico si se lesiona en el trabajo. Su empleador ha optado por proporcionar esta atención médica utilizando la red de médicos de Compensación de los Trabajadores, denominada Red de Proveedores Médicos (MPN). Esta Red de Proveedores Médicos es administrada por Everest Insurance. La presente notificación le indica lo que debe saber sobre el programa MPN y describe sus derechos para elegir la atención médica para las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo.

- **¿Qué ocurre si me lesiono en el trabajo?**

En el caso de una emergencia, deberá llamar al 911 o dirigirse a la sala de emergencias más cercana. Si se lesiona en el trabajo, infórmele a su empleador lo antes posible. Su empleador le brindará un formulario de reclamo. Cuando le informe a su empleador que ha tenido una lesión relacionada con el trabajo, su empleador o asegurador sacará el turno inicial con un médico de MPN.

- **¿Qué es una Red de Proveedores Médicos (MPN)?**

Una Red de Proveedores Médicos (MPN) es un grupo de proveedores de cuidados médicos (doctores y otros proveedores médicos) que su empleador utiliza para tratar a los trabajadores que se lesionan en el trabajo. Las Redes de Proveedores Médicos deben permitirles a los empleados tener una opción de proveedores. Cada Red de Proveedores Médicos debe incluir una combinación de médicos que se especializan en lesiones relacionadas con el trabajo y médicos con conocimiento en áreas generales de medicina.

- **¿Qué Red de Proveedores Médicos utiliza mi empleador?**

Su empleador utiliza la **Red de Proveedores Médicos Everest** con el número de identificación MPN **1719**. Siempre que tenga preguntas o solicitudes sobre la MPN, deberá referirse a ella con el nombre de la MPN y con su número de identificación.

- **¿Con quién puedo comunicarme si tengo preguntas sobre mi Red de Proveedores Médicos?**

El Contacto de la Red de Proveedores Médicos indicado en esta notificación podrá responder ha sus preguntas sobre el uso de la Red de Proveedores Médicos y tratará los reclamos relacionados con la Red de Proveedores Médicos.

Su contacto en la Red de Proveedores Médicos es:

MPN Contact
PO Box 69, Orange, CA 92856
Toll Free Phone: (800) 608-9822
Fax: (714) 371-9675
Email: EverestMPN@EverestGlobal.com

Información Importante acerca de la Atención Médica para personas que sufren Una Enfermedad Ocupacional o un Accidente de Trabajo

También puede encontrar información general relacionada con la Red de Proveedores Médicos en el siguiente sitio web:

www.EverestGlobal.com/workcomp

- 1) haga clic en el enlace titulado **California claims**
- 2) haga clic en el cuadro titulado **Find out more**
- 3) haga clic en el enlace debajo del encabezado **Finding a medical provider**

- **¿Qué pasa si necesito ayuda para encontrar y programar una cita con un médico?**

El Asistente para Acceso Médico de la MPN le ayudará a encontrar los médicos de la MPN disponibles para elegir y puede ayudarlo a programar y confirmar las citas médicas. El Asistente para Acceso Médico está disponible para asistirle de lunes a sábado (excepto días festivos) de 7:00AM a 8:00 PM hora del Pacífico y programar citas médicas durante el horario normal de trabajo de los médicos. Esta ayuda está disponible en inglés y en español.

La información de contacto para el asistente para acceso médico es:

Asistente para acceso médico
PO Box 69, Orange, CA 92856
Línea gratuita Teléfono: (800) 608-9822
Fax: (714) 371-9675
Email: EverestMPN@EverestGlobal.com

- **¿Cómo puedo saber qué médicos hay en mi Red de Proveedores Médicos?**

Puede obtener una lista regional de todos los proveedores de la Red de Proveedores Médicos de su área llamando al Contacto de la Red de Proveedores Médicos o dirigiéndose a nuestro sitio web en: www.EverestGlobal.com/workcomp. Para acceder a una lista regional: 1) haga clic en el enlace titulado **California claims**; 2) haga clic en el cuadro titulado **Find out more**; 3) bajo el encabezadoore titulado **Finding a medical provider**, haga clic en el enlace titulado Everest Medical Provider Network (MPN #1719); 4) en la parte superior de la página, seleccione **Region Search** e ingrese la información adecuada para completar su búsqueda. Como mínimo, la lista regional debe incluir una lista de todos los proveedores de la MPN dentro de las 15 millas de su lugar de trabajo y/o residencia o una lista de todos los proveedores de la MPN dentro del condado donde vive y/o trabaja. Puede elegir qué lista desea recibir. También tiene derecho a obtener una lista de todos los proveedores de MPN si la solicita.

Puede acceder a la lista de todos los médicos tratantes y a la lista de todos los proveedores participantes en la MPN visitando el sitio web en: www.EverestGlobal.com/workcomp (haga clic en el enlace titulado **California claims**; haga clic en el cuadro titulado **Find out more**; bajo el encabezado titulado **Finding a medical provider**, haga clic en el enlace titulado Everest Medical Provider Network (MPN # 1719) y seleccione **Roster of Treating Physicians & All Participating Providers**).

Información Importante acerca de la Atención Médica para personas que sufren Una Enfermedad Ocupacional o un Accidente de Trabajo

- **¿Cómo selecciono un proveedor?**

Su empleador o el asegurador de su empleador organizará la evaluación médica inicial con un médico de la MPN. Después de la primera visita médica, usted puede seguir siendo tratado por este médico, o puede elegir otro médico de la MPN. Puede seguir eligiendo médicos dentro de la MPN para toda la atención médica de esta lesión.

Si lo considera oportuno, puede elegir un especialista o pedir a su médico tratante primario que le remita a un especialista. Algunos especialistas sólo aceptan citas con una remisión emitida por el médico tratante primario. Dichas especialidades pueden figurar como "sólo por remisión" en su directorio de la MPN.

Usted puede llamar al asistente de acceso médico en caso de que necesite ayuda para encontrar un médico o programar una cita médica.

- **¿Puedo cambiar los proveedores?**

Sí. Puede cambiar los proveedores dentro de la Red de Proveedores Médicos por cualquier motivo, pero los proveedores que elija deberán ser apropiados para tratar su lesión. Comuníquese con la Red de Proveedores Médicos o con su examinador de reclamos si desea cambiar el médico tratante.

- **¿Qué estándares debe cumplir la Red de Proveedores Médicos?**

La MPN cuenta con proveedores para todo el Estado de California, 3equis para los condados de Alpine y Sierra.

La MPN debe proporcionarle acceso a una lista regional de proveedores, que incluya al menos tres 3equisi de cada especialidad, la cual es utilizada comúnmente para 3equis lesiones/enfermedades ocupacionales en su sector industrial. La MPN debe proporcionar acceso a los 3equisi tratantes 3equisite y a un hospital o a un proveedor de servicios 3equisi de urgencia en un tiempo de 30 minutos o a una distancia de 15 millas y a los especialistas en un tiempo de 60 minutos o a una distancia de 30 millas desde el lugar donde usted trabaja o vive.

Puede aplicarse una norma diferente si usted vive en una zona rural o en una zona donde hay escasez de atención médica en la cual los centros de salud y los proveedores de la MPN están situados a una distancia 3equis de 30 millas de su residencia o lugar de trabajo. Se le permite obtener servicios de un proveedor no contratado por fuera de la MPN si están dentro de un área geográfica razonable, pues todos los servicios deben estar disponibles y ser accesibles en horarios razonables para todos los empleados cubiertos.

Una vez que haya notificado su 3equis a su empleador, la MPN debe proporcionarle el tratamiento inicial en un plazo de 3 días hábiles. Si se ha autorizado el tratamiento con un especialista, la cita inicial con él debe proporcionársele dentro de los 20 días hábiles siguientes a su solicitud. Se le puede permitir obtener tratamiento con un especialista adecuado fuera de la MPN cuando la cita con el especialista no se pueda programar en un plazo de 10 días hábiles a partir de su solicitud.

Póngase en contacto con el asistente de acceso 3equis si tiene problemas para conseguir una cita con un proveedor de la MPN.

Se le permitirá buscar el tratamiento necesario fuera de la MPN en el caso que no haya proveedores disponibles de la especialidad adecuada para 3equis su 3equis dentro de los 3equisites de distancia y plazo establecidos.

Información Importante acerca de la Atención Médica para personas que sufren Una Enfermedad Ocupacional o un Accidente de Trabajo

- **¿Qué ocurre si no hay proveedores de la Red de Proveedores Médicos donde me encuentro ubicado?**

Si es un empleado actual que vive en un área rural o si trabaja o vive temporalmente fuera del área de servicio de la Red de Proveedores Médicos, o si es un ex empleado viviendo de forma permanente fuera del área de servicios de la Red de Proveedores Médicos, la Red de Proveedores Médicos o su médico de tratamiento le entregará una lista de por lo menos tres médicos que puedan tratarlo. La Red de Proveedores Médicos también podrá permitirle elegir su propio médico fuera de la Red de Proveedores Médicos. Comuníquese con su Contacto de la Red de Proveedores Médicos para obtener asistencia para encontrar un médico o información adicional.

- **¿Qué ocurre si necesito un especialista que no se encuentra en la Red de Proveedores Médicos?**

Si necesita ver un tipo de especialista que no se encuentra disponible en la Red de Proveedores Médicos, usted tiene derecho a ver a un especialista fuera de la Red de Proveedores Médicos.

- **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con mi médico sobre el tratamiento realizado?**

Puede elegir otro médico dentro de la MPN si usted no está de acuerdo con el tratamiento realizado o desea cambiar de médico por cualquier motivo.

Puede pedir una segunda opinión a otro médico de la MPN si usted no está de acuerdo con el diagnóstico o el tratamiento prescrito por su médico. Si desea tener una segunda opinión, debe comunicarse con el examinador de reclamaciones y decirle que desea una segunda opinión sobre su caso. El examinador de reclamaciones debe darle al menos una lista de proveedores de la MPN regional o completa con la que usted podrá elegir un médico para una segunda opinión. Debe elegir un médico de la lista de la MPN para obtener de él una segunda opinión y programar una cita en un plazo de hasta 60 días. Debe comunicar al examinador de reclamaciones la fecha de su cita y éste le enviará al médico una copia de su historia clínica. Puede solicitar una copia de la historia clínica que se enviará al médico.

No se le permitirá tener una segunda o tercera opinión con respecto a este diagnóstico en disputa o al tratamiento recibido de este médico tratante, si no programa una cita en el plazo de 60 días a partir de la recepción de la lista de proveedores en su región.

Si el médico de la segunda opinión considera que su lesión está fuera del tipo de lesión que él trata normalmente, el consultorio del médico se lo notificará al examinador de reclamaciones y a usted. Recibirá otra lista de médicos o especialistas de la MPN para que pueda seleccionar otro proveedor.

Puede pedir una tercera opinión si no está de acuerdo con la segunda opinión. Si solicita una tercera opinión, pasará por el mismo proceso que siguió para la segunda opinión.

Recuerde que, no se le permitirá tener una tercera opinión con respecto a este diagnóstico en disputa o al tratamiento recibido de este médico tratante si no programa una cita dentro de los 60 días siguientes a la obtención de otra lista de proveedores de la MPN

Puede solicitar una Revisión Médica Independiente (MPN IMR) de la MPN si no está de acuerdo con el médico que emitió la tercera opinión. La persona de contacto de la MPN le dará información sobre cómo solicitar una revisión médica independiente de la MPN y un formulario de solicitud de IMR de la MPN en el momento en que seleccione un médico de tercera opinión.

Información Importante acerca de la Atención Médica para personas que sufren Una Enfermedad Ocupacional o un Accidente de Trabajo

Si el médico de segunda o tercera opinión o el revisor médico independiente están de acuerdo con su necesidad de obtener un tratamiento o prueba, se le puede permitir recibir ese servicio médico de un proveedor dentro de la MPN o, si la MPN no dispone de médicos que puedan proporcionar el tratamiento recomendado, puede elegir un médico fuera de la MPN, dentro de un área geográfica razonable.

Si el Revisor Médico Independiente apoya su necesidad de recibir tratamiento o análisis, podrá recibir la atención de un médico que se encuentre dentro o fuera de la Red de Proveedores Médicos.

- **¿Qué ocurre si ya estoy siendo tratado por una lesión relacionada con el trabajo antes de que comience la Red de Proveedores Médicos?**

Su empleador o asegurador tiene una política de “*Transferencia de Atención Médica Continua*” que determinará si puede continuar siendo tratado temporalmente por una lesión existente relacionada con el trabajo, por un médico que se encuentre fuera de la Red de Proveedores Médicos, antes de que se transfiera su atención médica a la Red de Proveedores Médicos.

Si su médico actual no es o no pasa a ser un miembro de la Red de Proveedores Médicos, se le podrá solicitar que vea a un médico de la Red de Proveedores Médicos. Si ha pre designado un médico de tratamiento primario adecuadamente, no podrá ser transferido a la Red de Proveedores Médicos. Si tiene preguntas sobre la pre-designación, pregúntele a su supervisor.

Si su empleador decide transferirlo a la Red de Proveedores Médicos, usted y su médico de tratamiento primario deberán recibir una carta informándole la transferencia.

Si cumple con determinadas condiciones, podrá calificar para continuar tratándose con un médico que no sea de la Red de Proveedores Médicos hasta por un año antes de ser transferido a la Red de Proveedores Médicos. En el cuadro a continuación se encuentran las condiciones que califican para posponer la transferencia de su atención médica a su Red de Proveedores Médicos.

¿Puedo Continuar Siendo Tratado Por Mi Médico?

Podrá calificar para continuar el tratamiento con su proveedor que no es de la Red de Proveedores Médicos (a través de la transferencia de la atención médica continua o la continuidad de la atención) hasta por un año si su lesión o enfermedad cumple con alguna de las siguientes condiciones:

- **(Agudo)** El tratamiento de la lesión o enfermedad será completado en menos de 90 días.
- **(Grave o crónico)** Su lesión o enfermedad es grave o continúa durante por lo menos 90 días sin una cura absoluta o empeora o requiere un tratamiento continuo. Se le puede permitir ser tratado por su médico de tratamiento actual hasta por un año, hasta que pueda realizarse la transferencia segura del cuidado médico.
- **(Terminal)** Una enfermedad incurable o una condición irreversible que probablemente cause la muerte dentro del año o menos.
- **(Cirugía Pendiente)** Una cirugía u otro procedimiento que ha sido autorizado por su empleador o asegurador que ocurrirá dentro de los 180 días de la fecha efectiva de la Red de Proveedores Médicos o de la fecha de terminación del contrato entre la Red de Proveedores Médicos y su médico.

Información Importante acerca de la Atención Médica para personas que sufren Una Enfermedad Ocupacional o un Accidente de Trabajo

Puede no estar de acuerdo con la decisión de su empleador de transferir su atención médica a la Red de Proveedores Médicos. Si no desea ser transferido a la Red de Proveedores Médicos, solicítele a su médico de tratamiento primario un informe médico indicando si tiene alguna de las cuatro condiciones previamente indicadas para calificar para que se postergue su transferencia a la Red de Proveedores Médicos.

Su médico de tratamiento primario tiene 20 días desde la fecha de su solicitud para entregarle una copia del informe sobre su condición. Si su médico de tratamiento primario no le entrega el informe dentro de los 20 días desde su solicitud, el empleador podrá transferir su atención médica a la Red de Proveedores Médicos y usted deberá utilizar un médico de la Red de Proveedores Médicos.

Deberá entregarle una copia del informe a su empleador si desea posponer la transferencia de su atención médica. Si usted o su empleador no están de acuerdo con el informe de su médico sobre su condición, usted o su empleador podrán manifestar una controversia. Observe la política completa de transferencia de atención médica continua para obtener más detalles sobre el proceso de resolución de controversias.

Para obtener una copia de la Política de Transferencia de Atención Médica Continua en inglés o en español, solicítela al Contacto de la Red de Proveedores Médicos.

- **¿Qué ocurre si estoy siendo tratado por un médico de la Red de Proveedores Médicos que decide retirarse de la Red?**

Su empleador o su asegurador cuentan con una política escrita de “*Continuidad de Atención Médica*” que determinará si puede continuar temporalmente el tratamiento con su médico para una lesión existente relacionada con el trabajo, si su médico deja de participar en la Red de Proveedores Médicos.

Si su empleador decide que no califica para continuar su atención médica con el proveedor que no se encuentra dentro de la Red de Proveedores Médicos, usted y su médico de tratamiento primario deberán recibir una carta informándoles esta decisión.

Si cumple con determinadas condiciones, podrá calificar para continuar el tratamiento con este médico hasta por un año antes de tener que elegir un médico de la Red de Proveedores Médicos. Estas condiciones se detallan en el cuadro previo, “**¿Puedo Continuar Siendo Tratado Por Mi Médico?**”

Puede no estar de acuerdo con la decisión de su empleador de rechazar su Continuidad de Atención Médica con el proveedor que ya no trabaje más en la red. Si desea continuar tratándose con el médico que ya no trabaja en la red, solicítele a su médico de tratamiento primario un informe médico si usted tiene una de las cuatro condiciones indicadas en el cuadro previo o si califica para continuar tratándose con su médico actual temporalmente.

Su médico de tratamiento primario tiene 20 días desde la fecha de su solicitud para entregarle una copia de su informe médico sobre su condición. Si su médico de tratamiento primario no le entrega el informe dentro de los 20 días desde su solicitud, aplicará la decisión de su empleador de rechazar su Continuidad de Atención Médica con su médico que ya no participa en la Red de Proveedores Médicos y se le solicitará que elija otro médico de la Red de Proveedores Médicos.

Información Importante acerca de la Atención Médica para personas que sufren Una Enfermedad Ocupacional o un Accidente de Trabajo

Deberá entregar una copia del informe a su empleador si desea posponer la selección de otro médico de la Red de Proveedores Médicos para continuar el tratamiento. Si usted o su empleador no están de acuerdo con el informe de su médico sobre su condición, usted o su empleador pueden disputarlo. Consulte la política completa de Continuidad de la atención para obtener más detalles sobre el proceso de resolución de disputas.

Para obtener una copia de la política de Continuidad de Atención Médica en inglés o español, solicítela a su Contacto de la Red de Proveedores Médicos.

- **¿Y si tengo preguntas o necesito ayuda?**

- **Contacto de la Red de Proveedores Médicos:** Siempre podrá comunicarse con el Contacto de la Red de Proveedores Médicos si tiene preguntas sobre el uso de la Red y para tratar cualquier reclamo relacionado con la Red de Proveedores Médicos.
- **Asistentes de Acceso Médico:** Puede comunicarse con el Asistente de Acceso Médico si necesita ayuda para encontrar médicos de la Red de Proveedores Médicos y programar y confirmar turnos.
- **División de Compensación de Trabajadores (DWC):** Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos y responsabilidades en virtud de la ley de compensación de los trabajadores de California, puede llamar a la unidad de Información y Asistencia (I&A) de la DWC al (800) 736-7401 para obtener un mensaje grabado, o acceder a su página web <https://www.dir.ca.gov/dwc/landA.html> para obtener la información de contacto de la oficina local más cercana de I&A para recibir asistencia. También puede ir a la página web de la DWC en www.dir.ca.gov/dwc y seleccionar (hacer clic) en medical provider networks para obtener más información sobre las MPN.
- **Revisión Médica Independiente de la MPN:** Si tiene preguntas sobre el proceso de Revisión Médica Independiente de la MPN, comuníquese con la División de la Unidad Médica de Compensación de Trabajadores en:

DWC Medical Unit
P.O. Box 71010
Oakland, CA 94612
(510) 286-3700 o (800) 794-6900

Guarde esta información en el caso de tener una lesión o enfermedad relacionadas con el trabajo.

Everest Insurance®

Everest Medical Provider Network - 1719

Continuity of Care Policy

Below is the written policy for Continuity of Care to an injured covered employee with a provider whose membership in the Everest Medical Provider Network (MPN) has been terminated.

1. An employer or its claims administrator that offers a medical provider network shall, at the request of an injured covered employee, allow the injured covered employee to continue treatment with his or her physician even if the physician has terminated its contract with the MPN, if the injured covered employee meets any of the four conditions listed in paragraph 2.
2. The employer or its claims administrator shall provide for the completion of treatment by a terminated provider to the injured covered employee for one of the following conditions subject to coverage through the workers' compensation system:
 - a. Acute Condition. An acute condition is a medical condition that involves a sudden onset of symptoms due to an illness, injury, or other medical problem that requires prompt medical attention and that has duration of less than 90 days. Completion of treatment shall be provided for the duration of the acute condition.
 - b. Serious Chronic Condition. A serious chronic condition is a medical condition due to a disease, illness, or other medical problem or medical disorder that is serious in nature and that persists without full cure or worsens over an extended period of time of at least 90 days or requires ongoing treatment to maintain remission or prevent deterioration. Completion of treatment shall be provided for a period of time necessary to complete a course of treatment and to arrange for a safe transfer to another provider within the MPN, as determined by the employer or its claims administrator in consultation with the injured employee and the terminated provider and consistent with good professional practice. Completion of treatment shall not exceed 12 months from the contract termination date.
 - c. Terminal Illness. A terminal illness is an incurable illness or irreversible condition that has a high probability of causing death within one year or less. Completion of treatment shall be provided for the duration of a terminal illness.
 - d. Pending Surgery. Performance of a surgery or other procedure that is authorized by the employer or its claims administrator as part of a documented course of treatment and has been recommended and documented by the provider to occur within one hundred-eighty (180) days of the contract's termination date.
3. Following the employer's or its claims administrator's determination of the injured covered employee's medical condition, the employer or its claims administrator shall notify the covered employee of the determination regarding the completion of treatment and whether or not the employee will be required to select a new provider from within the MPN. The notification shall be sent to the covered employee's address and a copy of the letter shall be sent to the covered employee's primary treating physician. The notification shall be written in English and Spanish and use layperson's terms to the maximum extent possible.
4. If the terminated provider agrees to continue treating the injured covered employee in accordance with Labor Code section 4616.2 and if the injured employee disputes the medical determination regarding the continuity of care, the injured employee can request a report from the injured employee's primary treating physician that addresses whether the employee falls within any of the conditions described in paragraphs 2(a) through 2(d) above. If the treating physician fails to provide the report to the covered employee within 20 calendar days of request by the covered injured employee, the determination made by the employer or its claims administrator shall apply.
5. If the employer or its claims administrator or covered employee objects to the medical determination by the treating physician, the dispute regarding the medical determination made by the treating physician, concerning the continuity of care shall be resolved pursuant to Labor Code section 4062.

Everest Insurance®

Everest Medical Provider Network - 1719

Continuity of Care Policy

6. If the treating physician agrees with the employer's or its claims administrator's determination that the injured covered employee's medical condition does not meet the conditions described in paragraphs 2(a) through 2(d) above, the employee shall choose a new provider from within the MPN during the dispute resolution process.
7. If the treating physician does not agree with the employer's or its claims administrator's determination that the injured covered employee's medical condition does not meet the conditions described in paragraphs 2(a) through 2(d) above, the injured covered employee shall continue to treat with the terminated provider until the dispute is resolved.
8. If the contract with the treating physician was terminated or not renewed for reasons relating to medical disciplinary cause or reason, fraud or criminal activity, the injured employee shall not be allowed to complete treatment with that physician, and the MPN Contact will work with the injured employee to transfer his or her care to a provider within the MPN.
9. The employer or its claims administrator may require the terminated provider whose services are continued beyond the contract termination date to agree in writing to be subject to the same contractual terms and conditions that were imposed upon the provider prior to termination. If the terminated provider does not agree to comply or does not comply with these contractual terms and conditions, the employer or its claims administrator is not required to continue the provider's services beyond the contract termination date.
10. The services by the terminated provider under this Continuity of Care policy shall be compensated at rates and methods of payment similar to those used by the employer or its claims administrator for currently contracting providers providing similar services who are practicing in the same or a similar geographic area as the terminated provider, unless otherwise agreed by the terminated provider and the employer or its claims administrator. The employer or its claims administrator is not required to continue the services of a terminated provider if the provider does not accept the payment rates provided for in this paragraph.
11. The employer or its claims administrator shall ensure that the requirements for continuity of care are met.
12. The employer or its claims administrator are not required to provide for completion of treatment by a provider whose contract with the medical provider network has been terminated or not renewed for reasons relating to a medical disciplinary cause or reason, as defined in paragraph (6) of subdivision (a) of Section 805 of the Business and Profession Code, or fraud or other criminal activity.
13. The employer or its claims administrator may provide continuity of care with the terminated provider beyond the requirements of this policy, or the Labor Code section 4616.2, or by Title 8, California Code of Regulations, section 9767.10.

Everest Insurance®

Everest Medical Provider Network - 1719

Politica sobre la Continuidad de Atencion Medica

A continuacion se detalla la politica escrita de Continuity of Care para un empleado cubierto lesionado con un proveedor cuya membresia en la Red de Proveedores Medicos de Everest (MPN) ha sido cancelada.

1. Un empleador o su administrador de reclamos que ofrezca una red de proveedores médicos, deberá, a solicitud de un empleado convaliente cubierto, permitir que el empleado convaliente cubierto continúe el tratamiento con su médico, incluso si el médico ha rescindido su contrato con la red de proveedores médicos, si el empleado convaliente cubierto cumple con alguna de las cuatro condiciones indicadas en el párrafo 2.
2. Un empleador o su administrador de reclamos deberá prever la finalización del tratamiento por parte de un proveedor rescindido al empleado cubierto lesionado por una de las siguientes condiciones sujetas a cobertura a través del sistema de compensacion para trabajadores:
 - a. Condición aguda. Una condición aguda es una condición médica que involucra una aparición repentina de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere una pronta atención médica inmediata y que tiene una duración de menos de 90 días. Se deberá completar el tratamiento durante la duración de la condición aguda.
 - b. Condición crónica grave. Una condición crónica seria es una condición médica debido a una enfermedad, dolencia u otro problema médico o desorden médico que es grave en su naturaleza y que persiste sin una cura completa o que empeora durante un período de tiempo extendido de por lo menos 90 días o que requiere un tratamiento continuo para mantener el alivio o evitar el deterioro. El tratamiento se deberá completar durante un período de tiempo necesario para completar el curso del tratamiento y para organizar una transferencia segura a otro proveedor dentro de la red de proveedores médicos, según lo determine el empleador o su administrador de reclamos, consultando con el empleado convaliente y el proveedor dado de baja, de acuerdo con una buena práctica profesional. El período para completar el tratamiento no deberá superar los 12 meses desde la fecha de rescisión del contrato.
 - c. Enfermedad terminal. Una enfermedad terminal es una enfermedad incurable o condición irreversible que tiene una alta probabilidad de causar la muerte dentro de un plazo de un año o menos. Se completará el tratamiento durante la duración de una enfermedad terminal.
 - d. Cirugía pendiente. Realización de una cirugía u otro procedimiento autorizado por el empleador o su administrador de reclamos como parte de un curso de tratamiento documentado y que el proveedor haya recomendado y documentado que ocurra dentro de los ciento ochenta (180) días posteriores a la fecha de finalización del contrato
3. Siguiendo la determinación del empleador o su administrador de reclamos de la condicion medica de los empleados cubiertos lesionados, el empleador o su administrador de reclamos notificara al empleado cubierto de la determinación con respecto a la finalización del tratamiento y si requiera o no que el empleado seleccione un nuevo proveedor desde dentro del MPN. La notificación será enviada a la dirección del empleado cubierto y se enviará una copia de la carta al médico de tratamiento primario del empleado cubierto. La notificación será escrita en inglés y español, utilizando términos fáciles de entender hasta el máximo posible..
4. Si el proveedor dado de baja está de acuerdo en continuar tratando al empleado convaliente cubierto conforme a la sección 4616.2 del Código de Trabajo y si el empleado convaliente disputa la determinación médica relacionada con la continuidad de la atención médica, el empleado convaliente podrá solicitar un informe del médico de tratamiento primario que indique si el empleado se encuentra dentro de algunas de las condiciones descritas en los párrafos 2(a) a 2(d) previos. Si el médico tratante no le proporciona el informe al empleado cubierto dentro de los 20 días calendario desde la solicitud del empleado convaliente cubierto, se aplicará la determinación del empleador o su administrador de reclamos.

Everest Insurance®

Everest Medical Provider Network - 1719

Politica sobre la Continuidad de Atencion Medica

5. Si el empleador o su administrador de reclamos o el empleado cubierto objetan la determinación médica del médico tratante, la disputa relacionada con la determinación médica planteada por el médico tratante en lo que respecta a la Continuidad de la Atención Médica será resuelta conforme a la sección 4062 del Código de Trabajo.
6. Si el médico tratante está de acuerdo con la determinación del empleador o su administrador de reclamos asegurador de que la condición médica del empleado convaliente cubierto no cumple con las condiciones descritas en los párrafos 2(a) a 2(d) previos, el empleado deberá elegir un nuevo proveedor dentro de la MPN durante el proceso de resolución de la disputas.
7. Si el médico tratante no está de acuerdo con la determinación del empleador o su administrador de reclamos de que la condición médica del empleado convaliente cubierto no cumple con las condiciones descritas en los párrafos 2(a) a 2(d) previos, el empleado convaliente cubierto continuará tratándose con el proveedor dado de baja hasta que se resuelva la disputa.
8. Si el contrato con el médico tratante se termino o no se renovo por razones relcacionadas con causas o razones disciplinarias medicas, fraude o actividad delictiva, el empleado tensionado no podrá completar el tratamiento con ese médico y el contacto de la MPN trabajará con el empleado lesionado para transferir su cuidado a un proveedor dentro de la MPN.
9. El empleador o su administrador de reclamos podrá requerir que el proveedor dado de baja, cuyos servicios continúen más allá de la fecha de rescisión del contrato, acuerde por escrito quedar sujeto a los mismos términos y condiciones contractuales impuestos al proveedor antes de la rescisión. Si el proveedor dado de baja no está de acuerdo en cumplir o si no cumple con estos términos y condiciones contractuales, no se le requerirá al empleador o su administrador de reclamos que continúe con los servicios del proveedor más allá de la fecha de rescisión del contrato.
10. Los servicios del proveedor dado de baja bajo esta política de Continuidad de Atención Médica serán compensados a las tarifas y mediante métodos de pago similares a los utilizados por el empleador, asegurador o entidad que proporciona los servicios de la red médica para los proveedores actualmente contratados, que brinden servicios similares y que practiquen en la misma área geográfica o en un área geográfica similar a la del proveedor dado de baja, excepto que el proveedor rescindido y el empleador, asegurador o entidad que proporciona los servicios de la red de médicos acuerde lo contrario. Al empleador, asegurador o entidad que proporciona los servicios de la red de médicos no se le requiere que continúe los servicios de un proveedor dado de baja si el proveedor no acepta los importes de pago indicados en este párrafo.
11. El empleador o su administrador de reclamos deberá garantizar que se cumplan los requerimientos de Continuidad de Atención Médica.
12. El empleador o su administrador de reclamos no están obligados a proporcionar continuacion del tratamiento por un proveedor cuyo contrato con la red de proveedores médicos ha sido cancelado o no renovado por razones relacionadas con una causa o motivo disciplinario medico, como se define en el parrafo (6) de la subdivisión (a) de la Sección 805 del Código Comercial y Profesional, o por fraude u otra actividad penal.
13. El empleador o su administrador de reclamos podrá proporcionar continuidad de la atención medica con el proveedor dado de baja más allá de los requerimientos de esta política o de la sección 4616.2 del Código de Trabajo o el Título 8 del Código de Regulaciones de California, sección 9767.10.

Everest Insurance®

Everest Medical Provider Network - 1719

Transfer of Ongoing Care Policy

1. The MPN Applicant, who is one of the following: (1) an employer or insurer; or (2) a Third Party Administrator certified by the State of California Department of Industrial Relations Office of Self Insurance Plans or Insurance Adjuster licensed by the State of California Department of Insurance who on behalf of its employer or insurer clients; or (3) a Managed Care Entity or other legal entity who through its employer and insurer clients, will provide for the completion of treatment for injured covered employees who are being treated outside of the Medical Provider Network (MPN) for an occupational injury or illness that occurred prior to the coverage of the MPN as described below.
2. Until the injured covered employee is transferred into the MPN, the employee's physician may make referrals to providers within or outside the MPN.
3. This policy does not prevent the employer or insurer from agreeing to provide medical care with providers who are outside the MPN.
4. If an injured covered employee is being treated for an occupational injury or illness by a physician or provider prior to coverage of a MPN, and the employee's physician or provider becomes a provider within the MPN that applies to the injured employee, then the employer, insurer or entity that provides physician network services will inform the injured covered employee and his or her physician or provider if his/her treatment is being provided by his/her physician or provider under the provisions of the MPN.
5. Injured covered employees who are being treated outside of the MPN for an occupational injury or illness that occurred prior to the coverage of the MPN, and whose treating physician is not a provider within the MPN, including injured covered employees who pre-designated a physician and do not fall within the Labor Code section 4600(d), will continue to be treated outside the MPN for the following conditions:
 - a. Acute Condition. An acute condition is a medical condition that involves a sudden onset of symptoms due to an illness, injury, or other medical problem that requires prompt medical attention and that has duration of less than 90 days. Completion of treatment will be provided for the duration of the acute condition.
 - b. Serious Chronic Condition. A serious chronic condition is a medical condition due to a disease, illness, catastrophic injury, or other medical problem or medical disorder that is serious in nature and that persists without full cure or worsens over 90 days and requires ongoing treatment to maintain remission or prevent deterioration. Completion of treatment shall be authorized for a period of time, up to one year: (A) to complete a course of treatment approved by the employer or insurer; and (B) to arrange for transfer to another provider within the MPN, as determined by the employer, insurer, or entity that provides physician network services. The one year period for completion of treatment starts from the date of the injured covered employee's receipt of the notification of the determination that the employee has a serious chronic condition.
 - c. Terminal Illness. A terminal illness is an incurable or irreversible condition that has a high probability of causing death within one year or less. Completion of treatment will be provided for the duration of a terminal illness.
 - d. Surgery or Other Procedure. Performance of a surgery or other procedure that is authorized by the employer or insurer as part of a documented course of treatment and has been recommended and documented by the provider to occur within 180 days from the MPN coverage effective date.

Everest Insurance®

Everest Medical Provider Network - 1719

Transfer of Ongoing Care Policy

6. If the employer or insurer decides to transfer the injured covered employee's medical care to the MPN, the employer or insurer or entity that provides physician network services shall notify the covered employee of the determination regarding completion of treatment and the decision to transfer medical care into the MPN. Notice will be sent to the employee's address and a copy of the letter will be sent to the covered employee's primary treating physician. The notification will be written in English and Spanish and use layperson's terms to the maximum extent possible.
7. If the injured covered employee disputes the medical determination regarding transfer of care into the MPN, the injured covered employee shall request a report from the covered employee's primary treating physician that addresses whether the covered employee falls within any of the conditions set forth in paragraphs 5(a) through 5(d). The treating physician must provide the report to the covered employee within 20 calendar days of the request. If the treating physician fails to issue and provide the report to the injured covered employee as within 20 calendar days of the request, the determination made by the employer and insurer referred to in paragraph 6 shall apply.
8. If the employer and insurer or the injured covered employee objects to the medical determination made by the treating physician, the dispute regarding the medical determination concerning the transfer of care shall be resolved pursuant to Labor Code section 4062.
9. If the treating physician agrees with the employer's or insurer's determination that the employee's medical condition does not meet the stated conditions, the transfer of care will go forward during the dispute resolution process.
10. If the treating physician does not agree with the employer's or insurer's determination that the employee's medical condition does not meet the stated conditions, the transfer of care will not go forward until the dispute is resolved.

Everest Insurance®

Everest Medical Provider Network - 1719

Política de Transferencia de Atención Médica En Curso

1. El nuevo prestador de la red de proveedores médicos, que es uno de los siguientes: (1) un empleador o asegurador, o (2) un Administrador Externo certificado por el Departamento de Relaciones Industriales del Estado de California, Oficina de Planes de Auto Seguro o Ajustador de Seguros licenciado por el Departamento de Seguros del Estado de California en nombre de su empleador o clientes aseguradores; o (3) una Entidad de Atención Médica Administrada u otra entidad legal que a través de su empleador y clientes aseguradores permitirán que se complete el tratamiento de los empleados convalécientes cubiertos que estén siendo tratados fuera de la Red de Proveedores Médicos (MPN por sus siglas en inglés) para las lesiones o enfermedades ocupacionales que hayan ocurrido antes de la cobertura de la red de proveedores médicos, como se describe a continuación.
2. Hasta que el empleado convaléciente cubierto sea transferido a la red de proveedores médicos, el médico del empleado podrá hacer derivaciones a proveedores dentro o fuera de la red.
3. Esta política no evita que el empleador o asegurador acuerde proporcionar atención médica con proveedores que estén fuera de la red de proveedores médicos.
4. Si un empleado convaléciente cubierto estaba siendo tratado por una lesión o enfermedad ocupacional por un médico o proveedor antes de la cobertura de una nueva red de proveedores médicos y el médico o proveedor del empleado se convierte en un proveedor de la nueva red de proveedores que aplica al empleado convaléciente, entonces el empleador, asegurador o entidad que proporciona los servicios de la red de médicos le informará al empleado convaléciente cubierto y a su médico o proveedor si su tratamiento está siendo brindado por su médico o proveedor bajo las disposiciones de la nueva red de proveedores médicos.
5. Los empleados convalécientes cubiertos que estén siendo tratados fuera de la red de proveedores médicos por una lesión o enfermedad ocupacional que haya ocurrido antes de la cobertura de la nueva red y cuyo médico tratante no sea proveedor de la nueva red de proveedores médicos, incluyendo a los empleados convalécientes cubiertos a los que se les haya pre-designado un médico y no entren en la sección 4600(d) del Código de Trabajo continuará siendo tratado fuera de la red de proveedores médicos por las siguientes condiciones:
 - a. Condición aguda. Una condición aguda es una condición médica que involucra una aparición repentina de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere una atención médica inmediata y que dura menos de 90 días. Se completará el tratamiento durante la duración de la condición aguda.
 - b. Condición crónica grave. Una condición crónica grave es una condición médica debido a una enfermedad, dolencia, lesión catastrófica u otro problema médico o desorden médico que es grave en su naturaleza y que persiste sin una cura completa o empeora durante 90 días y que requiere un tratamiento continuo para mantener el alivio o evitar el deterioro. Completar el tratamiento será autorizado durante un período de tiempo de hasta un año: (A) para completar el curso del tratamiento aprobado por el empleador o asegurador y (B) para organizar la transferencia a un proveedor de la nueva red, según lo determine el empleador, asegurador o entidad que proporciona los servicios de la red de médicos. El período de un año para completar el tratamiento comienza en la fecha en que el empleado convaléciente cubierto haya recibido la notificación de la determinación de que el empleado tiene una condición crónica grave.
 - c. Enfermedad terminal. Una enfermedad terminal es una condición incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de causar la muerte dentro de un plazo de un año o menos. Se completará el tratamiento durante la duración de la enfermedad terminal.
 - d. Cirugía u otro procedimiento. Es la realización de una cirugía u otro procedimiento que esté autorizado por el empleador o asegurador como parte de un tratamiento documentado, que fue recomendado y documentado por el proveedor para que ocurrirá dentro de los 180 días desde la fecha efectiva de cobertura de la nueva red de proveedores médicos.

Everest Insurance®

Everest Medical Provider Network - 1719

Política de Transferencia de Atención Médica En Curso

6. Si el empleador o asegurador decide transferir la atención médica del empleado convaliente cubierto a la nueva red de proveedores médicos, el empleador, asegurador o entidad que proporciona los servicios de la red de médicos le informarán al empleado cubierto la determinación en lo que respecta a completar el tratamiento y la decisión de transferir la atención médica a la nueva red de proveedores médicos. El aviso será enviado a la dirección del empleado y se enviará una copia de la carta al médico de tratamiento primario del empleado cubierto. La notificación estará escrita en inglés y en español y utilizará términos fáciles de entender hasta el máximo posible.
7. Si el empleado convaliente cubierto disputa la determinación médica en lo que respecta a la transferencia de la atención médica a la nueva red de proveedores médicos, el empleado convaliente cubierto deberá solicitar un informe del médico tratante primario que indique si el empleado cubierto entra en alguna de las condiciones establecidas en los párrafos 5(a) a 5(d). El médico tratante deberá proporcionarle el informe al empleado cubierto dentro de los 20 días calendario a partir de la solicitud. Si el médico tratante no cumple en emitir y proporcionar el informe al empleado convaliente cubierto dentro de los 20 días calendario desde la solicitud, se aplicará la determinación hecha por el empleador y asegurador al que se refiere el párrafo 6.
8. Si el empleador y asegurador o el empleado convaliente cubierto objetan la determinación médica hecha por el médico tratante, la disputa relacionada con la determinación médica en lo que respecta a la transferencia de la atención médica será resuelta conforme a la sección 4062 del Código de Trabajo.
9. Si el médico tratante está de acuerdo con la determinación del empleador o asegurador de que la condición médica del empleado no cumple con las condiciones indicadas, la transferencia de la atención médica continuará durante el proceso de resolución de la disputa.
10. Si el médico tratante no está de acuerdo con la determinación del empleador o asegurador de que la condición médica del empleado no cumple con las condiciones indicadas, la transferencia de la atención médica no continuará hasta que se resuelva la disputa.

PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

In the event you sustain an injury or illness related to your employment, you may be treated for such injury or illness by your personal medical doctor (M.D.), doctor of osteopathic medicine (D.O.) or medical group if:

- on the date of your work injury you have health care coverage for injuries or illnesses that are not work related;
- the doctor is your regular physician, who shall be either a physician who has limited his or her practice of medicine to general practice or who is a board-certified or board-eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecologist, or family practitioner, and has previously directed your medical treatment, and retains your medical records;
- your "personal physician" may be a medical group if it is a single corporation or partnership composed of licensed doctors of medicine or osteopathy, which operates an integrated multispecialty medical group providing comprehensive medical services predominantly for nonoccupational illnesses and injuries;
- prior to the injury your doctor agrees to treat you for work injuries or illnesses;
- prior to the injury you provided your employer the following in writing: (1) notice that you want your personal doctor to treat you for a work-related injury or illness, and (2) your personal doctor's name and business address.

You may use this form to notify your employer if you wish to have your personal medical doctor or a doctor of osteopathic medicine treat you for a work-related injury or illness and the above requirements are met.

NOTICE OF PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

Employee: Complete this section.

To:

(Name of Employer)

If I have a work-related injury or illness, I choose to be treated by:

(Name of Doctor) (Indicate Doctor's Specialty - M.D., D.O., or Medical Group)

(Street Address, City, State, ZIP)

(Telephone Number)

Employee Name (Please Print)

Employee's Address

Name of Insurance Company, Plan, or Fund providing health coverage for non-occupational injuries or illnesses

Employee's Signature

Date

Physician: I agree to this Predesignation:

Physician or Designated Employee of the Physician or Medical Group Signature

Date

****Note To Physician or Designated Employee of the Physician:** The physician is not required to sign this form, however, if the physician or designated employee of the physician or medical group does not sign, other documentation of the physician's agreement to be predesignated will be required pursuant to Title 8, California Code of Regulations, section 9780.1(a)(3).

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.

DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL

En caso de que usted sufra una lesión o enfermedad relacionada a su empleo, usted puede recibir tratamiento médico por esa lesión o enfermedad de su médico personal (M.D.), médico osteópata (D.O.) o grupo médico si:

- en la fecha de su lesión laboral usted tiene cobertura de atención médica para lesiones o enfermedades no laborales;
- el médico es su médico regular, que será o un médico que ha limitado su práctica médica a medicina general o un internista certificado o elegible para serlo, pediatra, gineco-obstetra, o médico de medicina familiar y que previamente ha estado a cargo de su tratamiento médico y tiene su expediente médico;
- su "médico personal" puede ser un grupo médico si es una corporación o sociedad o asociación compuesta de doctores certificados en medicina u osteopatía, que opera un grupo médico multidisciplinario integrado que predominantemente proporciona amplios servicios médicos para lesiones y enfermedades no laborales;
- antes de la lesión su médico está de acuerdo a proporcionarle tratamiento médico para su lesión o enfermedad de trabajo;
- antes de la lesión usted le proporcionó a su empleador por escrito lo siguiente: (1) notificación de que quiere que su médico personal lo trate para una lesión o enfermedad laboral y (2) el nombre y dirección comercial de su médico personal.

Puede usar este formulario para notificarle a su empleador si usted desea que su médico personal o médico osteópata lo trate para una lesión o enfermedad de trabajo y que los requisitos mencionados arriba se cumplan.

AVISO DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICOPERSONAL

Empleado: Rellene esta sección.

A: _____
(Nombre del Empleador)

Si sufro una lesión o enfermedad laboral, yo elijo recibir tratamiento médico de:

(Nombre del Médico) (M.D., D.O., o Grupo Médico)

(Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal)

(Número de Teléfono)

Nombre del Empleado (En Letras de Molde, Por Favor)

Dirección del Empleado

Nombre de Compañía de Seguros, Plan o Fondo proporcionando cobertura médica para lesiones o enfermedades no laborales

Firma del Empleado

Fecha

Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación Previa:

Firma del Médico o Empleado designado por el Médico o Grupo Médico

Fecha

****Nota Para El Médico o Empleado Designado del Médico:** El médico no está obligado a firmar este formulario, sin embargo, si el médico o empleado designado por el médico o grupo médico no firma, será necesario presentar documentación sobre el consentimiento del médico a ser designado previamente de acuerdo al Código de Reglamentos de California, Título 8, sección 9780.1(a) (3).

Título 8, Código de Reglamentos de California, sección 9783.

Everest Medical Provider Network (1719)-California MPN Packet (Rev 10/2016)



Notice to Employees--Injuries Caused By Work

You may be entitled to workers' compensation benefits if you are injured or become ill because of your job. Workers' compensation covers most work-related physical or mental injuries and illnesses. An injury or illness can be caused by one event (such as hurting your back in a fall) or by repeated exposures (such as hurting your wrist from doing the same motion over and over).

Benefits. Workers' compensation benefits include:

- **Medical Care:** Doctor visits, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, medicines, medical equipment and travel costs that are reasonably necessary to treat your injury. You should never see a bill. There are limits on chiropractic, physical therapy and occupational therapy visits.
- **Temporary Disability (TD) Benefits:** Payments if you lose wages while recovering. For most injuries, TD benefits may not be paid for more than 104 weeks within five years from the date of injury.
- **Permanent Disability (PD) Benefits:** Payments if you do not recover completely and your injury causes a permanent loss of physical or mental function that a doctor can measure.
- **Supplemental Job Displacement Benefit:** A nontransferable voucher, if you are injured on or after 1/1/2004, your injury causes permanent disability, and your employer does not offer you regular, modified, or alternative work.
- **Death Benefits:** Paid to your dependents if you die from a work-related injury or illness.

Naming Your Own Physician Before Injury or Illness (Predesignation). You may be able to choose the doctor who will treat you for a job injury or illness. If eligible, you must tell your employer, in writing, the name and address of your personal physician or medical group *before* you are injured. You must obtain their agreement to treat you for your work injury. For instructions, see the written information about workers' compensation that your employer is required to give to new employees.

If You Get Hurt:

1. **Get Medical Care.** If you need emergency care, call 911 for help immediately from the hospital, ambulance, fire department or police department. If you need first aid, contact your employer.
2. **Report Your Injury.** Report the injury immediately to your supervisor or to an employer representative. Don't delay. There are time limits. If you wait too long, you may lose your right to benefits. Your employer is required to provide you with a claim form within one working day after learning about your injury. Within one working day after you file a claim form, your employer or claims administrator must authorize the provision of all treatment, up to ten thousand dollars, consistent with the applicable treatment guidelines, for your alleged injury until the claim is accepted or rejected.
3. **See Your Primary Treating Physician (PTP).** This is the doctor with overall responsibility for treating your injury or illness.
 - If you predesignated your personal physician or a medical group, you may see your personal physician or the medical group after you are injured.
 - If your employer is using a medical provider network (MPN) or a health care organization (HCO), in most cases you will be treated within the MPN or HCO unless you predesignated a personal physician or medical group. An MPN is a group of physicians and health care providers who provide treatment to workers injured on the job. You should receive information from your employer if you are covered by an HCO or a MPN. Contact your employer for more information.
 - If your employer is not using an MPN or HCO, in most cases the claims administrator can choose the doctor who first treats you when you are injured, unless you predesignated a personal physician or medical group.
4. You may consult a licensed attorney to advise you of your rights under workers' compensation laws. In most instances, attorney's fees will be paid from your recovery.
5. **Medical Provider Networks.** Your employer may be using an MPN, which is a group of health care providers designated to provide treatment to workers injured on the job. If you have predesignated a personal physician or medical group prior to your work injury, then you may go there to receive treatment from your predesignated doctor. If you are treating with a non-MPN doctor for an existing injury, you may be required to change to a doctor within the MPN. For more information, see the MPN contact information below:

MPN website: _____

MPN Effective Date: _____ MPN Identification number: _____

If you need help locating an MPN physician, call your MPN access assistant at: _____

If you have questions about the MPN or want to file a complaint against the MPN, call the MPN Contact Person at: _____

Discrimination. It is illegal for your employer to punish or fire you for having a work injury or illness, for filing a claim, or testifying in another person's workers' compensation case. If proven, you may receive lost wages, job reinstatement, increased benefits, and costs and expenses up to limits set by the state.

Questions? Learn more about workers' compensation by reading the information that your employer is required to give you at time of hire. If you have questions, see your employer or the claims administrator (who handles workers' compensation claims for your employer):

Claims Administrator _____ Phone _____

Workers' compensation insurer _____ (Enter "self-insured" if appropriate)

You can also get free information from a State Division of Workers' Compensation Information (DWC) & Assistance Officer. The nearest Information & Assistance Officer can be found at location: _____ or by calling toll-free **(800) 736-7401**. Learn more information about workers' compensation online: www.dwc.ca.gov and access a useful booklet "Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers."

False claims and false denials. Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony and may be fined and imprisoned.

Your employer may not be liable for the payment of workers' compensation benefits for any injury that arises from your voluntary participation in any **off-duty, recreational, social, or athletic activity** that is not part of your work-related duties.

Aviso a los Empleados—Lesiones Causadas por el Trabajo

Es posible que usted tenga derecho a beneficios de compensación de trabajadores si usted se lesiona o se enferma a causa de su trabajo. La compensación de trabajadores cubre la mayoría de las lesiones y enfermedades físicas o mentales relacionadas con el trabajo. Una lesión o enfermedad puede ser causada por un evento (como por ejemplo lastimarse la espalda en una caída) o por acciones repetidas (como por ejemplo lastimarse la muñeca por hacer el mismo movimiento una y otra vez).

Beneficios. Los beneficios de compensación de trabajadores incluyen:

- **Atención Médica:** Consultas médicas, servicios de hospital, terapia física, análisis de laboratorio, radiografías, medicinas, equipo médico y costos de viajar que son razonablemente necesarias para tratar su lesión. Usted nunca deberá ver un cobro. Hay límites para visitas quiroprácticas, de terapia física y de terapia ocupacional.
- **Beneficios por Incapacidad Temporal (TD):** Pagos si usted pierde sueldo mientras se recupera. Para la mayoría de las lesiones, beneficios de TD no se pagarán por más de 104 semanas dentro de cinco años después de la fecha de la lesión.
- **Beneficios por Incapacidad Permanente (PD):** Pagos si usted no se recupera completamente y si su lesión le causa una pérdida permanente de su función física o mental que un médico puede medir.
- **Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo:** Un vale no-transferible si su lesión surge en o después del 1/1/04, y su lesión le ocasiona una incapacidad permanente, y su empleador no le ofrece a usted un trabajo regular, modificado, o alternativo.
- **Beneficios por Muerte:** Pagados a sus dependientes si usted muere a causa de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.

Designación de su Propio Médico Antes de una Lesión o Enfermedad (Designación previa). Es posible que usted pueda elegir al médico que le atenderá en una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Si elegible, usted debe informarle al empleador, por escrito, el nombre y la dirección de su médico personal o grupo médico, *antes* de que usted se lesione. Usted debe de ponerse de acuerdo con su médico para que atienda la lesión causada por el trabajo. Para instrucciones, vea la información escrita sobre la compensación de trabajadores que se le exige a su empleador darle a los empleados nuevos.

Si Usted se Lastima:

1. **Obtenga Atención Médica.** Si usted necesita atención de emergencia, llame al 911 para ayuda inmediata de un hospital, una ambulancia, el departamento de bomberos o departamento de policía. Si usted necesita primeros auxilios, comuníquese con su empleador.
2. **Reporte su Lesión.** Reporte la lesión inmediatamente a su supervisor(a) o a un representante del empleador. No se demore. Hay límites de tiempo. Si usted espera demasiado, es posible que usted pierda su derecho a beneficios. Su empleador está obligado a proporcionarle un formulario de reclamo dentro de un día laboral después de saber de su lesión. Dentro de un día después de que usted presente un formulario de reclamo, el empleador o administrador de reclamos debe autorizar todo tratamiento médico, hasta diez mil dólares, de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables a su presunta lesión, hasta que el reclamo sea aceptado o rechazado.
3. **Consulte al Médico que le está Atendiendo (PTP).** Este es el médico con la responsabilidad total de tratar su lesión o enfermedad.
 - Si usted designó previamente a su médico personal o grupo médico, usted puede consultar a su médico personal o grupo médico después de lesionarse.
 - Si su empleador está utilizando una Red de Proveedores Médicos (MPN) o una Organización de Cuidado Médico (HCO), en la mayoría de los casos usted será tratado dentro de la MPN o la HCO a menos que usted designó previamente un médico personal o grupo médico. Una MPN es un grupo de médicos y proveedores de atención médica que proporcionan tratamiento a trabajadores lesionados en el trabajo. Usted debe recibir información de su empleador si está cubierto por una HCO o una MPN. Hable con su empleador para más información.
 - Si su empleador no está utilizando una MPN o HCO, en la mayoría de los casos el administrador de reclamos puede escoger el médico que lo atiende primero, cuando usted se lesiona, a menos que usted designó previamente a un médico personal o grupo médico.
4. Puede consultar a un abogado con licencia para que le asesore sobre sus derechos bajo las leyes de compensación para trabajadores. En la mayoría de los casos, los honorarios del abogado se pagarán a partir de su recuperación.
5. Red de Proveedores Médicos (MPN): Es posible que su empleador use una MPN, lo cual es un grupo de proveedores de asistencia médica designados para dar tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. **Si usted ha hecho una designación previa de un médico personal antes de lesionarse en el trabajo, entonces usted puede recibir tratamiento de su médico previamente designado.** Si usted está recibiendo tratamiento de parte de un médico que no pertenece a la MPN para una lesión existente, puede requerirse que usted se cambie a un médico dentro de la MPN. Para más información, vea la siguiente información de contacto de la MPN :

Página web de la MPN: _____

Fecha de vigencia de la MPN: _____ Número de identificación de la MPN: _____

Si usted necesita ayuda en localizar un médico de una MPN, llame a su asistente de acceso de la MPN al: _____

Si usted tiene preguntas sobre la MPN o quiere presentar una queja en contra de la MPN, llame a la Persona de Contacto de la MPN al: _____

Discriminación. Es ilegal que su empleador le castigue o despidan por sufrir una lesión o enfermedad en el trabajo, por presentar un reclamo o por testificar en el caso de compensación de trabajadores de otra persona. De ser probado, usted puede recibir pagos por pérdida de sueldos, reposición del trabajo, aumento de beneficios y gastos hasta los límites establecidos por el estado.

¿Preguntas? Aprenda más sobre la compensación de trabajadores leyendo la información que se requiere que su empleador le dé cuando es contratado. Si usted tiene preguntas, vea a su empleador o al administrador de reclamos (que se encarga de los reclamos de compensación de trabajadores de su empleador):

Administrador de Reclamos _____ Teléfono _____

Asegurador del Seguro de Compensación de trabajador _____ (Anote “autoasegurado” si es apropiado)

Usted también puede obtener información gratuita de un Oficial de Información y Asistencia de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. El Oficial de Información y Asistencia más cercano se localiza en: _____ o llamando al número gratuito **(800) 736-7401**. Usted puede obtener más información sobre la compensación del trabajador en el Internet en: **www.dwc.ca.gov** y acceder a una guía útil “Compensación del Trabajador de California Una Guía para Trabajadores Lesionados.”

Los reclamos falsos y rechazos falsos del reclamo. Cualquier persona que haga o que ocasione que se haga una declaración o una representación material intencionalmente falsa o fraudulenta, con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación de trabajadores, es culpable de un delito grave y puede ser multado y encarcelado.

Es posible que su empleador no sea responsable por el pago de beneficios de compensación de trabajadores para ninguna lesión que proviene de su participación voluntaria en cualquier **actividad fuera del trabajo, recreativa, social, o atlética** que no sea parte de sus deberes laborales.



HOW TO REPORT A WORK-RELATED INJURY

When an employee has been injured at work, how do you take control of the situation? Follow these three easy steps to immediately file your claim.

If the event is a medical emergency, seek immediate care for the employee from the nearest emergency medical provider or facility. For non emergencies your Medical Provider Network is the Everest Medical Provider Network. You can access the medical provider network for your injured employees by going to our website at or call the MPN Ombudsman at (800) 608-9822.

1. Get The Facts

Find out as much as you can about the injury and obtain the employee's personnel file whenever possible.

2. Gather All Supporting Information

Obtain as much supplemental information as you can before you report the claim.

*Name, Address, Phone, Date of Birth

*Social Security Number

*Date of Hire

*Wage Information

3. Report the Claim Immediately

Don't delay in calling because you don't have all the information. Timely reporting is essential. You can gather and report any missing information at a later date.

Our dedicated team of representatives is available to process your claim at the numbers listed below:

American Claims Management Toll-Free Reporting Information for Workers' Compensation Claims

Option # 1 (Preferred):

Toll-Free PHONE Reporting

1-866-671-5042

Option # 2:

FAX Reporting

1-619-744-5030



American Claims Management
P.O. Box 85251
San Diego, CA 92186-5251

Innovative Solutions.
Exceptional Results.

Helpful Contact Information

How to Report a Claim:

Via Phone - #866-671-5042

Via Fax - #619-744-5030

Via Email - Reportaclaim@acmclaims.com

Via Internet - www.acmclaims.com

How to Request a Claims Kit:

Email - wcinfo@acmclaims.com

Medical Provider Network (MPN) Information:

MPN Provider Search: www.everestnational.com/workcomp

MPN Help Desk: everestmpn@everestre.com

Additional Inquiries:

Bill Review Help Desk: billreview@acmclaims.com

Loss Run Requests: lrr@arrowheadgrp.com

General Questions: wcinfo@acmclaims.com

ACM's Mailing Address:

PO Box 85251

San Diego, CA 92186

ACM's Contact Numbers:

Toll Free Number: 866-671-5042

Fax Number: 619-744-5030

State of California EMPLOYER'S REPORT OF OCCUPATIONAL INJURY OR ILLNESS		Please complete in triplicate (type if possible) Mail two copies to:		OSHA CASE NO.	
				FATALITY ☐	
Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers compensation benefits or payments is guilty of a felony.		California law requires employers to report within five days of knowledge every occupational injury or illness which results in lost time beyond the date of the incident OR requires medical treatment beyond first aid. If an employee subsequently dies as a result of a previously reported injury or illness, the employer must file within five days of knowledge an amended report indicating death. In addition, every serious injury, illness, or death must be reported immediately by telephone or telegraph to the nearest office of the California Division of Occupational Safety and Health.			
EMPLOYER	1. FIRM NAME			1a. Policy Number	
	2. MAILING ADDRESS: (Number, Street, City, Zip)			2a. Phone Number	
	3. LOCATION if different from Mailing Address (Number, Street, City and Zip)			3a. Location Code	
	4. NATURE OF BUSINESS; e.g.. Painting contractor, wholesale grocer, sawmill, hotel, etc.			5. State unemployment insurance acct.no	
INJURY OR ILLNESS	6. TYPE OF EMPLOYER: Private State County City School District ☐ Other Gov't, Specify: _____			INDUSTRY	
	7. DATE OF INJURY / ONSET OF ILLNESS (mm/dd/yy)			8. TIME INJURY/ILLNESS OCCURRED _____ AM _____ PM	
	9. TIME EMPLOYEE BEGAN WORK _____ AM _____ PM			10. IF EMPLOYEE DIED, DATE OF DEATH (mm/dd/yy)	
	11. UNABLE TO WORK FOR AT LEAST ONE FULL DAY AFTER DATE OF INJURY? Yes No			12. DATE LAST WORKED (mm/dd/yy)	
OR	13. DATE RETURNED TO WORK (mm/dd/yy)			14. IF STILL OFF WORK, CHECK THIS BOX:	
	15. PAID FULL DAYS WAGES FOR DATE OF INJURY OR LAST DAY WORKED? Yes No			16. SALARY BEING CONTINUED? Yes No	
	17. DATE OF EMPLOYER'S KNOWLEDGE /NOTICE OF INJURY/ILLNESS (mm/dd/yy)			18. DATE EMPLOYEE WAS PROVIDED CLAIM FORM FORM (mm/dd/yy)	
	19. SPECIFIC INJURY/ILLNESS AND PART OF BODY AFFECTED, MEDICAL DIAGNOSIS if available, e.g.. Second degree burns on right arm, tendonitis on left elbow, lead poisoning			AGE	
ILLNESS	20. LOCATION WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED (Number, Street, City, Zip)			20a. COUNTY	
	21. ON EMPLOYER'S PREMISES? Yes No			DAILY HOURS	
	22. DEPARTMENT WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Shipping department, machine shop.			23. Other Workers injured or ill in this event? Yes No	
	24. EQUIPMENT, MATERIALS AND CHEMICALS THE EMPLOYEE WAS USING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Acetylene, welding torch, farm tractor, scaffold			DAYS PER WEEK	
S	25. SPECIFIC ACTIVITY THE EMPLOYEE WAS PERFORMING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Welding seams of metal forms, loading boxes onto truck.			WEEKLY HOURS	
	26. HOW INJURY/ILLNESS OCCURRED. DESCRIBE SEQUENCE OF EVENTS. SPECIFY OBJECT OR EXPOSURE WHICH DIRECTLY PRODUCED THE INJURY/ILLNESS, e.g.. Worker stepped back to inspect work and slipped on scrap material. As he fell, he brushed against fresh weld, and burned right hand. USE SEPARATE SHEET IF NECESSARY			WEEKLY WAGE	
				COUNTY	
				NATURE OF INJURY	
EMPLOYEE				PART OF BODY	
				SOURCE	
				EVENT	
	35. OCCUPATION (Regular job title, NO initials, abbreviations or numbers)			SECONDARY SOURCE	
37. EMPLOYEE USUALLY WORKS _____ hours per day, _____ days per week, _____ total weekly hours			37a. EMPLOYMENT STATUS regular, full-time part-time temporary seasonal		
38. GROSS WAGES/SALARY \$ _____ per _____			39. OTHER PAYMENTS NOT REPORTED AS WAGES/SALARY (e.g. tips, meals, overtime, bonuses, etc.)? Yes No		
37b. UNDER WHAT CLASS CODE OF YOUR POLICY WHERE WAGES ASSIGNED			EXTENT OF INJURY		
Completed By (type or print)			Signature & Title		
			Date (mm/dd/yy)		



Workers' Compensation Claim Form (DWC 1) & Notice of Potential Eligibility Formulario de Reclamo de Compensación de Trabajadores (DWC 1) y Notificación de Posible Elegibilidad

If you are injured or become ill, either physically or mentally, because of your job, including injuries resulting from a workplace crime, you may be entitled to workers' compensation benefits. Use the attached form to file a workers' compensation claim with your employer. **You should read all of the information below.** Keep this sheet and all other papers for your records. You may be eligible for some or all of the benefits listed depending on the nature of your claim. If you file a claim, the claims administrator, who is responsible for handling your claim, must notify you within 14 days whether your claim is accepted or whether additional investigation is needed.

To file a claim, complete the "Employee" section of the form, keep one copy and give the rest to your employer. Do this right away to avoid problems with your claim. In some cases, benefits will not start until you inform your employer about your injury by filing a claim form. Describe your injury completely. Include every part of your body affected by the injury. If you mail the form to your employer, use first-class or certified mail. If you buy a return receipt, you will be able to prove that the claim form was mailed and when it was delivered. Within one working day after you file the claim form, your employer must complete the "Employer" section, give you a dated copy, keep one copy, and send one to the claims administrator.

Medical Care: Your claims administrator will pay for all reasonable and necessary medical care for your work injury or illness. Medical benefits are subject to approval and may include treatment by a doctor, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, medicines, equipment and travel costs. Your claims administrator will pay the costs of approved medical services directly so you should never see a bill. There are limits on chiropractic, physical therapy, and other occupational therapy visits.

The Primary Treating Physician (PTP) is the doctor with the overall responsibility for treatment of your injury or illness.

- If you previously designated your personal physician or a medical group, you may see your personal physician or the medical group after you are injured.
- If your employer is using a medical provider network (MPN) or Health Care Organization (HCO), in most cases, you will be treated in the MPN or HCO unless you predesignated your personal physician or a medical group. An MPN is a group of health care providers who provide treatment to workers injured on the job. You should receive information from your employer if you are covered by an HCO or a MPN. Contact your employer for more information.
- If your employer is not using an MPN or HCO, in most cases, the claims administrator can choose the doctor who first treats you unless you predesignated your personal physician or a medical group.
- If your employer has not put up a poster describing your rights to workers' compensation, you may be able to be treated by your personal physician right after you are injured.

Within one working day after you file a claim form, your employer or the claims administrator must authorize up to \$10,000 in treatment for your injury, consistent with the applicable treating guidelines until the claim is accepted or rejected. If the employer or claims administrator does not authorize treatment right away, talk to your supervisor, someone else in management, or the claims administrator. Ask for treatment to be authorized right now, while waiting for a decision on your claim. If the employer or claims administrator will not authorize treatment, use your own health insurance to get medical care. Your health insurer will seek reimbursement from the claims administrator. If you do not have health insurance, there are doctors, clinics or hospitals that will treat you without immediate payment. They will seek reimbursement from the claims administrator.

Switching to a Different Doctor as Your PTP:

- If you are being treated in a Medical Provider Network (MPN), you may switch to other doctors within the MPN after the first visit.
- If you are being treated in a Health Care Organization (HCO), you may switch at least one time to another doctor within the HCO. You may switch to a doctor outside the HCO 90 or 180 days after your injury is reported to your employer (depending on whether you are covered by employer-provided health insurance).
- If you are not being treated in an MPN or HCO and did not predesignate, you may switch to a new doctor one time during the first 30 days after your injury is reported to your employer. Contact the claims administrator to switch doctors. After 30 days, you may switch to a doctor of your choice if

Si Ud. se lesiona o se enferma, ya sea físicamente o mentalmente, debido a su trabajo, incluyendo lesiones que resulten de un crimen en el lugar de trabajo, es posible que Ud. tenga derecho a beneficios de compensación de trabajadores. Utilice el formulario adjunto para presentar un reclamo de compensación de trabajadores con su empleador. **Ud. debe leer toda la información a continuación.** Guarde esta hoja y todos los demás documentos para sus archivos. Es posible que usted reúna los requisitos para todos los beneficios, o parte de éstos, que se enumeran dependiendo de la índole de su reclamo. Si usted presenta un reclamo, el administrador de reclamos, quien es responsable por el manejo de su reclamo, debe notificarle dentro de 14 días si se acepta su reclamo o si se necesita investigación adicional.

Para presentar un reclamo, llene la sección del formulario designada para el "Empleado," guarde una copia, y déle el resto a su empleador. Haga esto de inmediato para evitar problemas con su reclamo. En algunos casos, los beneficios no se iniciarán hasta que usted le informe a su empleador acerca de su lesión mediante la presentación de un formulario de reclamo. Describa su lesión por completo. Incluya cada parte de su cuerpo afectada por la lesión. Si usted le envía por correo el formulario a su empleador, utilice primera clase o correo certificado. Si usted compra un acuse de recibo, usted podrá demostrar que el formulario de reclamo fue enviado por correo y cuando fue entregado. Dentro de un día laboral después de presentar el formulario de reclamo, su empleador debe completar la sección designada para el "Empleador," le dará a Ud. una copia fechada, guardará una copia, y enviará una al administrador de reclamos.

Atención Médica: Su administrador de reclamos pagará por toda la atención médica razonable y necesaria para su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Los beneficios médicos están sujetos a la aprobación y pueden incluir tratamiento por parte de un médico, los servicios de hospital, la terapia física, los análisis de laboratorio, las medicinas, equipos y gastos de viaje. Su administrador de reclamos pagará directamente los costos de los servicios médicos aprobados de manera que usted nunca verá una factura. Hay límites en terapia quiropráctica, física y otras visitas de terapia ocupacional.

El Médico Primario que le Atiende (Primary Treating Physician- PTP) es el médico con la responsabilidad total para tratar su lesión o enfermedad.

- Si usted designó previamente a su médico personal o a un grupo médico, usted podrá ver a su médico personal o grupo médico después de lesionarse.
- Si su empleador está utilizando una red de proveedores médicos (*Medical Provider Network- MPN*) o una Organización de Cuidado Médico (*Health Care Organization- HCO*), en la mayoría de los casos, usted será tratado en la *MPN* o *HCO* a menos que usted hizo una designación previa de su médico personal o grupo médico. Una *MPN* es un grupo de proveedores de asistencia médica quien da tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. Usted debe recibir información de su empleador si su tratamiento es cubierto por una *HCO* o una *MPN*. Hable con su empleador para más información.
- Si su empleador no está utilizando una *MPN* o *HCO*, en la mayoría de los casos, el administrador de reclamos puede elegir el médico que lo atiende primero a menos de que usted hizo una designación previa de su médico personal o grupo médico.
- Si su empleador no ha colocado un cartel describiendo sus derechos para la compensación de trabajadores, Ud. puede ser tratado por su médico personal inmediatamente después de lesionarse.

Dentro de un día laboral después de que Ud. Presente un formulario de reclamo, su empleador o el administrador de reclamos debe autorizar hasta \$10000 en tratamiento para su lesión, de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables, hasta que el reclamo sea aceptado o rechazado. Si el empleador o administrador de reclamos no autoriza el tratamiento de inmediato, hable con su supervisor, alguien más en la gerencia, o con el administrador de reclamos. Pida que el tratamiento sea autorizado ya mismo, mientras espera una decisión sobre su reclamo. Si el empleador o administrador de reclamos no autoriza el tratamiento, utilice su propio seguro médico para recibir atención médica. Su compañía de seguro médico buscará reembolso del administrador de reclamos. Si usted no tiene seguro médico, hay médicos, clínicas u hospitales que lo tratarán sin pago inmediato. Ellos buscarán reembolso del administrador de reclamos.

Cambiando a otro Médico Primario o PTP:

- Si usted está recibiendo tratamiento en una Red de Proveedores Médicos

your employer or the claims administrator has not created or selected an MPN.

Disclosure of Medical Records: After you make a claim for workers' compensation benefits, your medical records will not have the same level of privacy that you usually expect. If you don't agree to voluntarily release medical records, a workers' compensation judge may decide what records will be released. If you request privacy, the judge may "seal" (keep private) certain medical records.

Problems with Medical Care and Medical Reports: At some point during your claim, you might disagree with your PTP about what treatment is necessary. If this happens, you can switch to other doctors as described above. If you cannot reach agreement with another doctor, the steps to take depend on whether you are receiving care in an MPN, HCO, or neither. For more information, see "Learn More About Workers' Compensation," below.

If the claims administrator denies treatment recommended by your PTP, you may request independent medical review (IMR) using the request form included with the claims administrator's written decision to deny treatment. The IMR process is similar to the group health IMR process, and takes approximately 40 (or fewer) days to arrive at a determination so that appropriate treatment can be given. Your attorney or your physician may assist you in the IMR process. IMR is not available to resolve disputes over matters other than the medical necessity of a particular treatment requested by your physician.

If you disagree with your PTP on matters other than treatment, such as the cause of your injury or how severe the injury is, you can switch to other doctors as described above. If you cannot reach agreement with another doctor, notify the claims administrator in writing as soon as possible. In some cases, you risk losing the right to challenge your PTP's opinion unless you do this promptly. If you do not have an attorney, the claims administrator must send you instructions on how to be seen by a doctor called a qualified medical evaluator (QME) to help resolve the dispute. If you have an attorney, the claims administrator may try to reach agreement with your attorney on a doctor called an agreed medical evaluator (AME). If the claims administrator disagrees with your PTP on matters other than treatment, the claims administrator can require you to be seen by a QME or AME.

Payment for Temporary Disability (Lost Wages): If you can't work while you are recovering from a job injury or illness, you may receive temporary disability payments for a limited period. These payments may change or stop when your doctor says you are able to return to work. These benefits are tax-free. Temporary disability payments are two-thirds of your average weekly pay, within minimums and maximums set by state law. Payments are not made for the first three days you are off the job unless you are hospitalized overnight or cannot work for more than 14 days.

Stay at Work or Return to Work: Being injured does not mean you must stop working. If you can continue working, you should. If not, it is important to go back to work with your current employer as soon as you are medically able. Studies show that the longer you are off work, the harder it is to get back to your original job and wages. While you are recovering, your PTP, your employer (supervisors or others in management), the claims administrator, and your attorney (if you have one) will work with you to decide how you will stay at work or return to work and what work you will do. Actively communicate with your PTP, your employer, and the claims administrator about the work you did before you were injured, your medical condition and the kinds of work you can do now, and the kinds of work that your employer could make available to you.

Payment for Permanent Disability: If a doctor says you have not recovered completely from your injury and you will always be limited in the work you can do, you may receive additional payments. The amount will depend on the type of injury, extent of impairment, your age, occupation, date of injury, and your wages before you were injured.

Supplemental Job Displacement Benefit (SJDB): If you were injured on or after 1/1/04, and your injury results in a permanent disability and your employer does not offer regular, modified, or alternative work, you may qualify for a nontransferable voucher payable for retraining and/or skill enhancement. If you qualify, the claims administrator will pay the costs up to the maximum set by state law.

Death Benefits: If the injury or illness causes death, payments may be made to a

(Medical Provider Network- MPN), usted puede cambiar a otros médicos dentro de la MPN después de la primera visita.

- Si usted está recibiendo tratamiento en un Organización de Cuidado Médico (Healthcare Organization- HCO), es posible cambiar al menos una vez a otro médico dentro de la HCO. Usted puede cambiar a un médico fuera de la HCO 90 o 180 días después de que su lesión es reportada a su empleador (dependiendo de si usted está cubierto por un seguro médico proporcionado por su empleador).
- Si usted no está recibiendo tratamiento en una MPN o HCO y no hizo una designación previa, usted puede cambiar a un nuevo médico una vez durante los primeros 30 días después de que su lesión es reportada a su empleador. Póngase en contacto con el administrador de reclamos para cambiar de médico. Después de 30 días, puede cambiar a un médico de su elección si su empleador o el administrador de reclamos no ha creado o seleccionado una MPN.

Divulgación de Expedientes Médicos: Después de que Ud. presente un reclamo para beneficios de compensación de trabajadores, sus expedientes médicos no tendrán el mismo nivel de privacidad que usted normalmente espera. Si Ud. no está de acuerdo en divulgar voluntariamente los expedientes médicos, un juez de compensación de trabajadores posiblemente decida qué expedientes serán revelados. Si usted solicita privacidad, es posible que el juez "selle" (mantenga privados) ciertos expedientes médicos.

Problemas con la Atención Médica y los Informes Médicos: En algún momento durante su reclamo, podría estar en desacuerdo con su PTP sobre qué tratamiento es necesario. Si esto sucede, usted puede cambiar a otros médicos como se describe anteriormente. Si no puede llegar a un acuerdo con otro médico, los pasos a seguir dependen de si usted está recibiendo atención en una MPN, HCO o ninguna de las dos. Para más información, consulte la sección "Aprenda Más Sobre la Compensación de Trabajadores," a continuación.

Si el administrador de reclamos niega el tratamiento recomendado por su PTP, puede solicitar una revisión médica independiente (*Independent Medical Review-IMR*), utilizando el formulario de solicitud que se incluye con la decisión por escrito del administrador de reclamos negando el tratamiento. El proceso de la IMR es parecido al proceso de la IMR de un seguro médico colectivo, y tarda aproximadamente 40 (o menos) días para llegar a una determinación de manera que se pueda dar un tratamiento apropiado. Su abogado o su médico le pueden ayudar en el proceso de la IMR. La IMR no está disponible para resolver disputas sobre cuestiones aparte de la necesidad médica de un tratamiento particular solicitado por su médico.

Si no está de acuerdo con su PTP en cuestiones aparte del tratamiento, como la causa de su lesión o la gravedad de la lesión, usted puede cambiar a otros médicos como se describe anteriormente. Si no puede llegar a un acuerdo con otro médico, notifique al administrador de reclamos por escrito tan pronto como sea posible. En algunos casos, usted arriesga perder el derecho a objetar a la opinión de su PTP a menos que hace esto de inmediato. Si usted no tiene un abogado, el administrador de reclamos debe enviarle instrucciones para ser evaluado por un médico llamado un evaluador médico calificado (*Qualified Medical Evaluator-QME*) para ayudar a resolver la disputa. Si usted tiene un abogado, el administrador de reclamos puede tratar de llegar a un acuerdo con su abogado sobre un médico llamado un evaluador médico acordado (*Agreed Medical Evaluator- AME*). Si el administrador de reclamos no está de acuerdo con su PTP sobre asuntos aparte del tratamiento, el administrador de reclamos puede exigirle que sea atendido por un QME o AME.

Pago por Incapacidad Temporal (Sueldos Perdidos): Si Ud. no puede trabajar, mientras se está recuperando de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, Ud. puede recibir pagos por incapacidad temporal por un periodo limitado. Estos pagos pueden cambiar o parar cuando su médico diga que Ud. está en condiciones de regresar a trabajar. Estos beneficios son libres de impuestos. Los pagos por incapacidad temporal son dos tercios de su pago semanal promedio, con cantidades mínimas y máximas establecidas por las leyes estatales. Los pagos no se hacen durante los primeros tres días en que Ud. no trabaje, a menos que Ud. sea hospitalizado una noche o no puede trabajar durante más de 14 días.

Permanezca en el Trabajo o Regreso al Trabajo: Estar lesionado no significa que usted debe dejar de trabajar. Si usted puede seguir trabajando, usted debe hacerlo. Si no es así, es importante regresar a trabajar con su empleador actual tan

spouse and other relatives or household members who were financially dependent on the deceased worker.

It is illegal for your employer to punish or fire you for having a job injury or illness, for filing a claim, or testifying in another person's workers' compensation case (Labor Code 132a). If proven, you may receive lost wages, job reinstatement, increased benefits, and costs and expenses up to limits set by the state.

Resolving Problems or Disputes: You have the right to disagree with decisions affecting your claim. If you have a disagreement, contact your employer or claims administrator first to see if you can resolve it. If you are not receiving benefits, you may be able to get State Disability Insurance (SDI) or unemployment insurance (UI) benefits. Call the state Employment Development Department at (800) 480-3287 or (866) 333-4606, or go to their website at www.edd.ca.gov.

You Can Contact an Information & Assistance (I&A) Officer: State I&A officers answer questions, help injured workers, provide forms, and help resolve problems. Some I&A officers hold workshops for injured workers. To obtain important information about the workers' compensation claims process and your rights and obligations, go to www.dwc.ca.gov or contact an I&A officer of the state Division of Workers' Compensation. You can also hear recorded information and a list of local I&A offices by calling (800) 736-7401.

You can consult with an attorney. Most attorneys offer one free consultation. If you decide to hire an attorney, his or her fee will be taken out of some of your benefits. For names of workers' compensation attorneys, call the State Bar of California at (415) 538-2120 or go to their website at www.californiaspecialist.org.

Learn More About Workers' Compensation: For more information about the workers' compensation claims process, go to www.dwc.ca.gov. At the website, you can access a useful booklet, "Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers." You can also contact an Information & Assistance Officer (above), or hear recorded information by calling 1-800-736-7401.

pronto como usted pueda medicamente hacerlo. Los estudios demuestran que entre más tiempo esté fuera del trabajo, más difícil es regresar a su trabajo original y a sus salarios. Mientras se está recuperando, su *PTP*, su empleador (supervisores u otras personas en la gerencia), el administrador de reclamos, y su abogado (si tiene uno) trabajarán con usted para decidir cómo va a permanecer en el trabajo o regresar al trabajo y qué trabajo hará. Comuníquese de manera activa con su *PTP*, su empleador y el administrador de reclamos sobre el trabajo que hizo antes de lesionarse, su condición médica y los tipos de trabajo que usted puede hacer ahora y los tipos de trabajo que su empleador podría poner a su disposición.

Pago por Incapacidad Permanente: Si un médico dice que no se ha recuperado completamente de su lesión y siempre será limitado en el trabajo que puede hacer, es posible que Ud. reciba pagos adicionales. La cantidad dependerá de la clase de lesión, grado de deterioro, su edad, ocupación, fecha de la lesión y sus salarios antes de lesionarse.

Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo (Supplemental Job Displacement Benefit- SJDB): Si Ud. se lesionó en o después del 1/1/04, y su lesión resulta en una incapacidad permanente y su empleador no ofrece un trabajo regular, modificado, o alternativo, usted podría cumplir los requisitos para recibir un vale no-transferible pagadero a una escuela para recibir un nuevo curso de reentrenamiento y/o mejorar su habilidad. Si Ud. cumple los requisitos, el administrador de reclamos pagará los gastos hasta un máximo establecido por las leyes estatales.

Beneficios por Muerte: Si la lesión o enfermedad causa la muerte, es posible que los pagos se hagan a un cónyuge y otros parientes o a las personas que viven en el hogar que dependían económicamente del trabajador difunto.

Es ilegal que su empleador le castigue o despidan por sufrir una lesión o enfermedad laboral, por presentar un reclamo o por testificar en el caso de compensación de trabajadores de otra persona. (Código Laboral, sección 132a.) De ser probado, usted puede recibir pagos por pérdida de sueldos, reposición del trabajo, aumento de beneficios y gastos hasta los límites establecidos por el estado.

Resolviendo problemas o disputas: Ud. tiene derecho a no estar de acuerdo con las decisiones que afecten su reclamo. Si Ud. tiene un desacuerdo, primero comuníquese con su empleador o administrador de reclamos para ver si usted puede resolverlo. Si usted no está recibiendo beneficios, es posible que Ud. pueda obtener beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad (*State Disability Insurance-SDI*) o beneficios del desempleo (*Unemployment Insurance- UI*). Llame al Departamento del Desarrollo del Empleo estatal al (800) 480-3287 o (866) 333-4606, o visite su página Web en www.edd.ca.gov.

Puede Contactar a un Oficial de Información y Asistencia (Information & Assistance- I&A): Los Oficiales de Información y Asistencia (*I&A*) estatal contestan preguntas, ayudan a los trabajadores lesionados, proporcionan formularios y ayudan a resolver problemas. Algunos oficiales de *I&A* tienen talleres para trabajadores lesionados. Para obtener información importante sobre el proceso de la compensación de trabajadores y sus derechos y obligaciones, vaya a www.dwc.ca.gov o comuníquese con un oficial de información y asistencia de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. También puede escuchar información grabada y una lista de las oficinas de *I&A* locales llamando al (800) 736-7401.

Ud. puede consultar con un abogado. La mayoría de los abogados ofrecen una consulta gratis. Si Ud. decide contratar a un abogado, los honorarios serán tomados de algunos de sus beneficios. Para obtener nombres de abogados de compensación de trabajadores, llame a la Asociación Estatal de Abogados de California (*State Bar*) al (415) 538-2120, o consulte su página Web en www.californiaspecialist.org.

Aprenda Más Sobre la Compensación de Trabajadores: Para obtener más información sobre el proceso de reclamos del programa de compensación de trabajadores, vaya a www.dwc.ca.gov. En la página Web, podrá acceder a un folleto útil, "Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados." También puede contactar a un oficial de Información y Asistencia (arriba), o escuchar información grabada llamando al 1-800-736-7401.



WORKERS' COMPENSATION CLAIM FORM (DWC 1)

PETITION DEL EMPLEADO PARA DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR (DWC 1)

Employee: Complete the "Employee" section and give the form to your employer. Keep a copy and mark it "Employee's Temporary Receipt" until you receive the signed and dated copy from your employer. You may call the Division of Workers' Compensation and hear recorded information at **(800) 736-7401**. An explanation of workers' compensation benefits is included in the Notice of Potential Eligibility, which is the cover sheet of this form. Detach and save this notice for future reference.

You should also have received a pamphlet from your employer describing workers' compensation benefits and the procedures to obtain them. You may receive written notices from your employer or its claims administrator about your claim. If your claims administrator offers to send you notices electronically, and you agree to receive these notices only by email, please provide your email address below and check the appropriate box. If you later decide you want to receive the notices by mail, you must inform your employer in writing.

Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony.

Empleado: Complete la sección "Empleado" y entregue la forma a su empleador. Quédese con la copia designada "Recibo Temporal del Empleado" hasta que Ud. reciba la copia firmada y fechada de su empleador. Ud. puede llamar a la Division de Compensación al Trabajador al **(800) 736-7401** para oír información gravada. Una explicación de los beneficios de compensación de trabajadores está incluido en la Notificación de Posible Elegibilidad, que es la hoja de portada de esta forma. Separe y guarde esta notificación como referencia para el futuro.

Ud. también debería haber recibido de su empleador un folleto describiendo los beneficios de compensación al trabajador lesionado y los procedimientos para obtenerlos. Es posible que reciba notificaciones escritas de su empleador o de su administrador de reclamos sobre su reclamo. Si su administrador de reclamos ofrece enviarle notificaciones electrónicamente, y usted acepta recibir estas notificaciones solo por correo electrónico, por favor proporcione su dirección de correo electrónico abajo y marque la caja apropiada. Si usted decide después que quiere recibir las notificaciones por correo, usted debe de informar a su empleador por escrito.

Toda aquella persona que a propósito haga o cause que se produzca cualquier declaración o representación material falsa o fraudulenta con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación a trabajadores lesionados es culpable de un crimen mayor "felonia".

Employee—complete this section and see note above

Empleado—complete esta sección y note la notación arriba.

1. Name. *Nombre.* _____ Today's Date. *Fecha de Hoy.* _____
2. Home Address. *Dirección Residencial.* _____
3. City. *Ciudad.* _____ State. *Estado.* _____ Zip. *Código Postal.* _____
4. Date of Injury. *Fecha de la lesión (accidente).* _____ Time of Injury. *Hora en que ocurrió.* _____ a.m. _____ p.m.
5. Address and description of where injury happened. *Dirección/lugar dónde ocurrió el accidente.* _____
6. Describe injury and part of body affected. *Describe la lesión y parte del cuerpo afectada.* _____
7. Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado.* _____
8. ☐ Check if you agree to receive notices about your claim by email only. ☐ Marque si usted acepta recibir notificaciones sobre su reclamo solo por correo electrónico. Employee's e-mail. _____ Correo electrónico del empleado. _____
You will receive benefit notices by regular mail if you do not choose, or your claims administrator does not offer, an electronic service option. *Usted recibirá notificaciones de beneficios por correo ordinario si usted no escoge, o su administrador de reclamos no le ofrece, una opción de servicio electrónico.*
9. Signature of employee. *Firma del empleado.* _____

Employer—complete this section and see note below. Empleador—complete esta sección y note la notación abajo.

10. Name of employer. *Nombre del empleador.* _____
11. Address. *Dirección.* _____
12. Date employer first knew of injury. *Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.* _____
13. Date claim form was provided to employee. *Fecha en que se le entregó al empleado la petición.* _____
14. Date employer received claim form. *Fecha en que el empleado devolvió la petición al empleador.* _____
15. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. *Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia administradora de seguros.* _____
AMERICAN CLAIMS MANAGEMENT - P.O. BOX 85251 SAN DIEGO, CA 92186
16. Insurance Policy Number. *El número de la póliza de Seguro.* _____
17. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.* _____
18. Title. *Título.* _____ 19. Telephone. *Teléfono.* _____

Employer: You are required to date this form and provide copies to your insurer or claims administrator and to the employee, dependent or representative who filed the claim within **one working day** of receipt of the form from the employee.

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

Empleador: Se requiere que Ud. feche esta forma y que provéa copias a su compañía de seguros, administrador de reclamos, o dependiente/representante de reclamos y al empleado que hayan presentado esta petición dentro del plazo de **un día hábil** desde el momento de haber sido recibida la forma del empleado.

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

☐ Employer copy/Copia del Empleador ☐ Employee copy/Copia del Empleado ☐ Claims Administrator/Administrador de Reclamos ☐ Temporary Receipt/Recibo del Empleado

Facts About Workers' Compensation

The content of this pamphlet has been approved by the Administrative Director of the Division of Workers' Compensation.

WHAT IT IS

California workers' compensation law provides a faster and fairer way to take care of injured workers where fault doesn't have to be proven to recover medical expenses and lost wages. This job-injury insurance is paid for by your employer and supervised by the State. If you can't work due to a job-related injury or illness, workers' compensation pays your medical bills and provides money to help replace lost wages until you can return to work.

WHO'S COVERED

Almost every employee in California is protected by workers' compensation, but there are few exceptions. People in business for themselves and unpaid volunteers may not be covered. Maritime workers and federal employees are covered by similar laws. If you have a question about coverage, ask your employer.

WHAT'S COVERED

Almost any injury or illness is covered if it's due to your job. It can be caused by one event like a fall, or repeated exposures, such as repetitive motion over time. Everything from minor injuries to serious accidents is covered. Workers' compensation even covers injuries- including physical or psychiatric injuries- resulting from a work-place crime. (Some injuries from voluntary, off-duty recreational, social or athletic activity- for example the company bowling team – may not be covered. Check with your supervisor or American Claims Management Workers' Compensation Office at 866.671.5042 if you have questions) Coverage is automatic and immediate. There is no qualifying period, no need to earn a certain amount in wages before you're covered. Protection begins the first minute you're on the job.

HOW TO REPORT AN INJURY

Immediately report, to your supervisor, any injury, no matter how slight. You can also report the injury to ACM online at ACMclaims.com or by phone at 866.671.5042. You should also complete the State required Claim Form (DWC 1) and return to your supervisor or to ACM. If you are in need of the Claim Form (DWC 1), you may obtain a copy on the ACM Web site: ACMclaims.com under Forms. State law requires employers to authorize medical care within one working day of receiving a claim form, and employers may be liable for as much as \$10,000 in treatment until a claim is accepted or rejected.

HOW TO OBTAIN MEDICAL CARE

First Aid: Seek first-aid treatment immediately either on site at work or at the designated medical treatment facility.

Emergency Care: Seek medical treatment immediately. See the emergency telephone numbers which should also be posted in your workplace.

Emergency Telephone Number: Call 911 for an ambulance, the fire department, police, or for emergency medical care from a doctor or the hospital, or go to the nearest emergency room.

Acute and Follow Up Care: If you appropriately pre-designated your personal physician, contact your physician as soon as possible and make arrangements for treatment. OR, If you did not pre-designate your personal physician, call ACM at 866.671.5042 as soon as possible to help you make arrangement for treatment. State law requires employers to authorize medical treatment within one working day of receiving the completed Claim Form from you. If you delay reporting your injury or delay completing the Claim Form, it may result in a delay in receiving benefits; and too long a delay may even jeopardize your right to obtain benefits all together.

OPTIONAL FORM

PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

In the event you sustain an injury or illness related to your employment, you may be treated for such injury or illness by your personal medical doctor (M.D.), doctor of osteopathic medicine (D.O.) or medical group if:

- on the date of your work injury you have health care coverage for injuries or illnesses that are not work related;
- the doctor is your regular physician, who shall be either a physician who has limited his or her practice of medicine to general practice or who is a board-certified or board-eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecologist, or family practitioner, and has previously directed your medical treatment, and retains your medical records;
- your "personal physician" may be a medical group if it is a single corporation or partnership composed of licensed doctors of medicine or osteopathy, which operates an integrated multispecialty medical group providing comprehensive medical services predominantly for nonoccupational illnesses and injuries;
- prior to the injury your doctor agrees to treat you for work injuries or illnesses;
- prior to the injury you provided your employer the following in writing: (1) notice that you want your personal doctor to treat you for a work-related injury or illness, and (2) your personal doctor's name and business address.

You may use this form to notify your employer if you wish to have your personal medical doctor or a doctor of osteopathic medicine treat you for a work-related injury or illness and the above requirements are met.

NOTICE OF PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

Employee: Complete this section

To (name of employer):

If I have a work-related injury or illness, I choose to be treated by:

Doctor/Medical Group:

Street Address, City, State, Zip:

Telephone:

Employee Name:

Employee Address:

Employee Signature:

Date:

(Physician or Designation Employee of the Physician or Medical Group)

The physician is not required to sign this form, however, if the physician or designated employee of the physician or medical group does not sign, other documentation of the physician's agreement to be predesignated will be required pursuant to Title 8, California Code of Regulations, section 9780.1(a)(3).

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.
DWC Form 9783.1 (July 1, 2014)

Note to Employee: Unless an employee agrees, neither the employer nor ACM shall contact your personal physician to confirm a predesignation [CCR 9780.1(f)]. If your physician does not sign the above form, other documentation of his/her predesignation will be required prior to an injury being sustained. If you agree that after receiving this form your employer or ACM may contact your physician to confirm the predesignation, please sign below:

Employee Signature:

Employee ID #:

Date:

Note to Physician: Workers' compensation medical services are subject to preauthorization of non-emergency services; utilization review; reporting requirements; and the California Official Medical Fee Schedule. The following optional information may assist communication and facilitate the authorization, reporting, recordkeeping and payment process:

Office Manager/Billing Contact:

Phone Number:

Mailing Address (if different from street address):

Fax:

Email:

Physician License #:

Physician Tax I.D. #:

MORE ABOUT MEDICAL CARE

Quality medical treatment is the quickest way to recovery.

Primary Treating Physician (PTP): The doctor with the overall responsibility for your treatment is the primary treating physician (PTP). The PTP decides what kind of medical care you need and when you can return to work. If necessary, the PTP will review your job description and will define any limitations or restrictions that you may have when you go back to work. The PTP will coordinate any care you receive from other medical providers, and, for a serious injury, will write reports about any permanent disability or need for future medical care.

One Time Right to Change PTP: You have the right to change your PTP one time. You can request this change at any time.

Change of PTP: First 30 Days: If you make your request to change PTP during the first 30 days after reporting your injury, you can change to your personal chiropractor or acupuncturist if you have pre-designated this physician.

Change of PTP: After 30 Days: If you have not already used your one-time change of PTP, then thirty (30) days after reporting your injury, you may change to the PTP of your own choice. This can be your personal medical doctor or osteopath, your personal chiropractor, person acupuncturist, or physician of your choice within a reasonable geographic area.

Personal Physician (M.D. or D.O.): If you have a personal physician who is a medical doctor ("M.D.") or osteopath ("D.O."), and you wish to designate this physician to be your PTP, you must do so in writing prior to the injury occurring. The physician

must agree to treat you for a work-related injury or illness prior to the injury.

Medical Provider Network (MPN): Since a MPN is offered by your employer, a network doctor will generally be your PTP for the duration of treatment, though you may switch to another doctor in the network anytime after your first visit. If you want to switch to a chiropractor or acupuncturist, including a personal chiropractor or personal acupuncturist named prior to the injury, he or she must be in the network. Your employer or ACM can provide additional information about the network and your rights under your plan.

Facts About Workers' Compensation

OPTIONAL FORM

NOTICE OF PERSONAL CHIROPRACTOR OR PERSONAL ACUPUNCTURIST

If your employer or your employer's insurer does not have a Medical Provider Network, you may be able to change your treating physician to your personal chiropractor or acupuncturist following a work-related injury or illness. In order to be eligible to make this change, you must give your employer the name and business address of a personal chiropractor or acupuncturist in writing prior to the injury or illness. Your claims administrator generally has the right to select your treating physician within the first 30 days after your employer knows of your injury or illness. After your claims administrator has initiated your treatment with another doctor during this period, you may then, upon request, have your treatment transferred to your personal chiropractor or acupuncturist.

Name of Chiropractor or Acupuncturist (D.C., L.Ac.):

Street Address, City, State, Zip:

Telephone:

Employee Name (please print):

Employee's Address:

Employee Signature:

Date:

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.1 DWC Form 9783.1 (July 1, 2014)

Note to Employee: If your date of injury is January 1, 2004 or later, a chiropractor cannot be your treating physician after you have received 24 chiropractic visits unless your employer has authorized additional visits in writing. The term "chiropractic visit" means any chiropractic office visit, regardless of whether the services performed involve chiropractic manipulation or are limited to evaluation and management. Once you have received 24 chiropractic visits, if you still require medical treatment, you will have to select a new physician who is not a chiropractor. This prohibition shall not apply to visits for postsurgical physical medicine visits prescribed by the surgeon, or physician designated by the surgeon, under the postsurgical component of the Division of Workers' Compensation's Medical Treatment Utilization Schedule.

BENEFITS

Medical Care: Medical expenses for reasonable and necessary treatment will be paid directly by ACM on behalf of your employer. Medical bills for authorized care should never be received or paid by you. All bills should be sent to American Claims Management at P.O. Box 85251, San Diego, CA 92186. There is a limit on some medical services.

Temporary Disability: If you are unable to work for more than three days, including weekends, you are entitled to temporary disability (TD) payments to help replace your lost wages. About two weeks after reporting the injury, you'll receive a check from ACM. You will continue to receive TD checks every two weeks after that until the doctors says that you can return to work, or that your medical condition is "permanent and stationary." (Payments will not be made for the first three days, however, unless you're hospitalized as an inpatient or unable to work more than 14 days.) The amount of these checks will be two-thirds of your average wage, subject to minimums and maximums set by State law. There are no deductions and the payments are tax free. Under California law, TD payments for a single injury may not extend for more than 104 compensable weeks within five years from the date of the injury, or for more than 240 weeks within five years from the date of injury for certain specified long-term injuries such as severe burns or chronic lung disease. If the maximum TD payment period is reached before you can return to work or before your medical condition becomes permanent and stationary, you may be able to obtain disability benefits through the California Employment Development Department (EDD). You may also be able to receive these benefits if your TD is delayed or denied.

Permanent Disability: If your doctor says your injury or illness will result in permanent limitations or restrictions in your ability to work, you may receive permanent disability payments. The amount depends on the doctor's report, how much of the permanent disability was directly caused by your work, and factors such as your age, occupation, type of injury, and date of injury. Your benefit payment also may be affected by whether or not your employer makes a suitable return-to-work offer, and whether or not you accept the offer. The minimum and maximum amounts are set by State law, but if you have a permanent disability, ACM will send a letter explaining how the benefit was calculated. In general, the total amount

is set at a weekly rate spread over a fixed number of weeks. The first payment is due within 14 days after the final temporary disability payment, or if you were not receiving temporary disability payments, 14 days after your doctor says your condition is permanent and stationary. After that, the benefit will be paid every 14 days until you reach the maximum or until you settle your case and receive a lump sum payment.

Death Benefits: If the injury or illness causes death, payments may be made to individuals who were financially dependent on you. These benefits are set by State law and the amount depends on the number of dependents and the date of injury. Workers' compensation also provides a burial allowance.

Supplemental Job Displacement Benefit: Once ACM receives a doctor's report that you have recovered as much as possible from your job injury and your injury results in permanent disability, within 60 days ACM will send a letter advising you whether your employer has a modified job or alternative work available to you. If your employer does not offer modified or alternative work, ACM has 20 days to offer you the Supplemental Job Displacement Benefit. This is a \$6000 non transferrable voucher that is to be used at a State accredited school for education-related retraining or skill enhancement. There are limits to how much you can spend for some items, but if you qualify, you'll get information on what types of expenses are covered, the limits, documentation requirements, and deadlines for use of this benefit.

Other Benefits:
To clarify, Workers' Compensation insurance covers on-the-job injuries and illnesses and is paid for entirely by your employer, whereas State Disability insurance (SDI) covers off-the-job injuries or sicknesses, and is paid for by deductions from your paycheck. If you are not receiving workers' compensation benefits you could be eligible to receive SDI benefits. To learn more, call the local state Employment Development Disability listed in the government pages of your phone book, or on the web at www.EDD.ca.gov/disability/.

If the state determines that your workers' compensation permanent disability is too low compared to your loss of future earnings, you may qualify for additional money from a Return-to-Work Fund, approved by state lawmakers in 2012. This fund is administered by the Department of Industrial Relations, details on eligibility and how to apply will be included in state regulations. If you believe that you qualify, contact the local DWC Information and Assistance office listed at your workplace or you can call 800.736.7401 or visit the Division of Workers' Compensation web site at www.DWC.ca.gov.

QUESTIONS?

You may direct any and all questions to your supervisor or ACM. ACM's address and phone number is listed at the bottom of this document. You can also contact an information and assistance officer at the State Division of Workers' Compensation (DWC). Information and assistance officers are available at no charge to answer questions, review problems and provide additional written information about workers' compensation. The local office is listed at the end of this document and is posted at your workplace, or you can call 800.736.7401, check the local listing in the white pages of the phone book under State Government Office/Industrial Relations/Workers' Compensation, or go to the DWC Web site at www.dir.ca.gov/dwc.

INFORMATION AND ASSISTANCE OFFICES

Anaheim (714) 414-1801	Los Angeles (213) 576-7389	Riverside (951) 782-4347	San Jose (408) 277-1292
Bakersfield (661) 395-2514	Marina del Rey (310) 482-3820	Sacramento (916) 928-3158	San Luis Obispo (805) 596-4159
Eureka (707) 441-5723	Oakland (510) 622-2861	Salinas (831) 443-3058	Santa Ana (714) 558-4597
Fresno (559) 445-5355	Oxnard (805) 485-3528	San Bernardino (909) 383-4522	Santa Rosa (707) 576-2452
Goleta (805) 968-4158	Pomona (909) 623-8568	San Diego (619) 767-2082	Stockton (209) 948-7980
Long Beach (562) 590-5240	Redding (530) 225-2047	San Francisco (415) 703-5020	Van Nuys (818) 901-5367

Claims Administered by:
American Claims Management
P.O. Box 85251
San Diego, CA 92186

Toll Free 866.671.5042
ACMclaims.com



NON-DISCRIMINATION: It is illegal for your employer to fire you or in any way discriminate against you because you file a claim, intend to file a claim, settle a claim, testify or intend to testify for another injured worker. If it is found that your employer discriminated against you, your employer may be ordered to reinstate you to your job, reimburse you for lost wages and employment benefit and pay increased workers' compensation benefit costs and expenses up to maximum amounts set by state law.

WORKERS' COMPENSATION FRAUD IS A FELONY

Anyone who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefit or payments is guilty of a felony.

Información Sobre Indemnización por Accidentes de Trabajo

El contenido de este folleto está aprobado por el Director Administrativo de la División de Indemnización por Accidentes de Trabajo.

QUÉ ES

La legislación de California sobre Indemnización por Accidentes de Trabajo brinda una manera más rápida y justa de atender a los empleados lesionados en casos en los cuales no haya que probar culpa para recibir el reembolso de los gastos médicos y el salario que el empleado no ganó. Este seguro por lesiones de trabajo está pagado por el empleador y supervisado por el Estado. En caso de no poder trabajar debido a una lesión o enfermedad de trabajo, la indemnización laboral paga los gastos médicos y brinda una entrada de dinero para reemplazar el salario que se dejó de ganar hasta que el empleado regrese al trabajo.

QUIÉN RECIBE COBERTURA

Casi todos los empleados de California están protegidos por la indemnización laboral, pero existen algunas excepciones. Es posible que las personas que trabajan por cuenta propia y los voluntarios que no reciben remuneración no estén cubiertos. Los empleados del rubro marítimo y los empleados federales están cubiertos por leyes similares. En caso de tener alguna pregunta sobre la cobertura, consultar con el empleador.

QUÉ SE CUBRE

Casi cualquier lesión o enfermedad recibe cobertura si es como consecuencia del trabajo. Puede ser a causa de un incidente como una caída, exposición repetitiva o como un movimiento repetitivo a través del tiempo. Todo está cubierto, desde lesiones menores a accidentes de gravedad. La indemnización laboral cubre lesiones como consecuencia de algún delito en el ambiente laboral. (Existe la posibilidad de que algunas lesiones derivadas de actividades voluntarias, recreativas fuera del horario laboral, actividades sociales o deportivas por ejemplo, el equipo de bolos de la compañía – no estén cubiertas. Consultar con el supervisor que corresponda o en la Oficina de Reclamos de Indemnización Laboral (American Claims Management Workers' Compensation Office) al 866.671.5042 en caso de tener preguntas). La cobertura es automática e inmediata. No hay un plazo para ser aprobado ni es necesario haber cobrado un salario determinado para recibir la cobertura. La protección empieza al momento en el cual se entra al trabajo.

CÓMO REPORTAR UNA LESIÓN

Hay que informar de inmediato, al supervisor correspondiente, cualquier lesión, sin importar la magnitud. También se puede informar de la lesión a ACM por Internet o por teléfono al 866.671.5042.

Además hay que completar el formulario de reclamos que exige el Estado (DWC 1) y enviarlo al supervisor o a ACM. En caso de necesitar este formulario (DWC 1), las copias están disponibles en el sitio WEB de ACM: ACMclaims.com debajo de "Forms."

La legislación del Estado requiere que los empleadores autoricen atención médica el día laboral después de haber recibido el formulario de reclamo, los empleadores podrían ser responsables de pagar hasta \$10,000 por tratamiento hasta que el reclamo se acepte o rechace.

CÓMO RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

Primeros Auxilios: Solicitar primeros auxilios de inmediato ya sea en el lugar de trabajo o en el establecimiento médico que se asigne.

Atención de Emergencia: Solicitar atención médica de inmediato. Consultar los números telefónicos de emergencia publicados en el lugar de trabajo.

Número Telefónico de Emergencia: Llamar al 911 para pedir asistencia de una ambulancia, de los bomberos, de la policía o de emergencia por parte de un doctor o de un hospital, o dirigirse a la sala de emergencia más cercana.

Consultas por Estado Agudo o de Control: En caso de haber designado a su médico personal con anticipación, comuníquese lo antes posible y haga los trámites para el tratamiento. O en caso de no haber designado a su médico personal, llamar a ACM al 866.671.5042 cuanto antes para colaborar con los trámites del tratamiento. La legislación del Estado requiere que los empleadores autoricen el tratamiento médico el día laboral después de recibir el Formulario de Reclamo completo. Si se demora el reporte de la lesión o la entrega del Formulario de Reclamo, podrían demorarse los beneficios; y la tardanza excesiva podría poner en peligro el derecho del empleado a recibir beneficios.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA

El tratamiento médico de calidad es la forma más rápida de recuperación.

Médico de Cabecera (PTP): El doctor que tiene la responsabilidad general del tratamiento es el médico de cabecera (PTP). El PTP decide qué tipo de atención médica se necesita y el momento en el cual el empleado puede volver al trabajo. Si es necesario, el PTP revisa la descripción laboral y define cualquier limitación o restricción que el empleado pudiera tener al momento de volver al trabajo. El PTP coordina la atención que el empleado reciba por parte de otros médicos, y en caso de una lesión grave, es el que escribe informes sobre cualquier discapacidad permanente o necesidad de atención médica en el futuro.

Única Oportunidad de Cambiar el PTP: El empleado tiene derecho a cambiar el PTP una vez. Este cambio se puede solicitar en cualquier momento.

Cambio de PTP: Primeros 30 Días: En caso de solicitar el cambio de PTP durante los primeros 30 días después de reportar una lesión, se puede cambiar el quiropráctico personal o acupunturista en caso de tener un médico designado con anterioridad. **Cambio de PTP: Después de 30 Días:** En caso de no haber usado el cambio de PTP, entonces, treinta (30) días después de reportar la lesión, se puede hacer el cambio de PTP al que el empleado haya elegido. Éste puede ser el médico personal u osteópata, el quiropráctico, acupunturista personal o médico de preferencia dentro de un área geográfica razonable.

Médico Personal (M.D. o D.O.): En caso de tener un médico personal que sea ("M.D.") u osteópata ("D.O."), y el empleado quiera designar a dicho médico como el PTP, el empleado tendrá que hacerlo por escrito antes de que ocurra la lesión. El médico tiene que estar de acuerdo en atender al empleado por una lesión o enfermedad de trabajo antes de que la misma suceda.

FORMULARIOS OPTATIVOS

DESIGNACIÓN PREVIA DEL MÉDICO PERSONAL

En caso de que usted sufra una lesión o enfermedad relacionada con su empleo, usted puede recibir tratamiento médico por esa lesión o enfermedad de su médico particular (M.D.), médico osteópata (D.O.) o grupo médico si:

- usted tiene un plan de salud grupal
- el médico es su médico familiar o de cabecera, que será un médico que ha limitado su práctica médica a medicina general o que es un internista certificado o elegible para certificación, pediatra, gineco-obstetra, o médico de medicina familiar y que previamente ha estado a cargo de su tratamiento médico y tiene su expediente médico
- su "médico particular" puede ser un grupo médico si es una corporación o sociedad o asociación compuesta de doctores certificados en medicina u osteopatía, que opera un integrado grupo médico multidisciplinario que predominantemente proporciona amplios servicios médicos para lesiones y enfermedades no relacionadas con el trabajo.
- antes de la lesión su médico está de acuerdo a proporcionarle tratamiento médico para su lesión o enfermedad de trabajo
- antes de la lesión usted le proporcionó a su empleador por escrito lo siguiente: (1) notificación de que quiere que su médico particular le brinde tratamiento para una lesión o enfermedad de trabajo y (2) el nombre y dirección comercial de su médico particular.

Puede utilizar este formulario para notificarte a su empleador que desea que su médico particular o médico osteópata lo atienda para una lesión o enfermedad de trabajo y que los requisitos mencionados arriba han sido cumplidos.

Para (nombre del empleador):

En caso de tener una lesión o enfermedad laboral, elijo que me atienda:

Nombre del doctor:

Calle, Ciudad, Estado y Código Postal

Teléfono:

Nombre del Empleado (en letras de molde, por favor):

Dirección del Empleado:

Firma del Empleado:

Fecha:

(Médico o Designación del Empleado del Médico o Grupo Médico)

El médico no está obligado a firmar este formulario, sin embargo, si el médico o empleado designado por el médico o grupo médico no firma, será necesario presentar documentación sobre el consentimiento del médico de ser designado previamente de acuerdo al Código de Reglamentos de California, Título 8, sección 9780.1(a) (3).

Título 8, Código de Reglamento de California, sección 9783. DWC Formulario 9783 (1 de Julio de 2014)

Nota para el Empleado: A menos que un empleado esté de acuerdo, ni el empleador ni el ACM se comunicarán con su médico personal para confirmar una designación previa [CCR 9780.1(f)]. Si su médico no firma el formulario anterior, se requerirá otra documentación de su designación previa antes de que sufra una lesión. Si usted está de acuerdo después de recibir este formulario que su empleador o ACM pueden comunicarse con su médico para confirmar la designación previa, por favor firme abajo:

Firma del Empleado:

Nº de Identifi del Empleado:

Fecha:

Note to Physician: Los servicios médicos de indemnización del trabajador están sujetos a autorización previa de servicios que no sean de emergencia; revisión de utilización; requisitos de presentación de informes; y la Lista Ofi de Honorarios Médicos de California. La siguiente información opcional puede ayudar a la comunicación y facilitar el proceso de autorización, generación de informes, registros y pagos:

Gerente de Ofi / Contacto de Facturación:

Número telefónico:

Dirección Postal (si es diferente al domicilio):

Fax:

Correo electrónico:

Licencia Médica nº:

Identifi Tributaria nº:

Red de Profesionales Médicos (MPN): Debido a que es el empleador el que ofrece la MPN, el médico de la red es el que, en general, va a ser el PTP mientras dure el tratamiento, si bien se puede efectuar el cambio a otro médico de la red en cualquier momento antes o después de la consulta. En caso de querer hacer el cambio a un quiropráctico o acupunturista, incluyendo un quiropráctico personal o acupunturista personal antes de la lesión, el profesional tiene que estar en la red. El empleador o el ACM pueden brindar información adicional con respecto a la red y los derechos del empleado según el plan.

Información Acerca de Indemnización Laboral

FORMULARIO OPTATIVO

NOTIFICACIÓN DE QUIROPRÁCTICO PERSONAL O ACUPUNTURISTA PERSONAL

Si su empleador o la compañía de seguros de su empleador no tiene una Red de Proveedores Médicos establecida, posiblemente puede cambiar su médico que lo está atendiendo a su quiropráctico o acupunturista personal después de una lesión o enfermedad de trabajo. Para hacer este cambio, usted debe darle por escrito a su empleador el nombre y la dirección comercial de un quiropráctico o acupunturista personal antes de la lesión o enfermedad. Generalmente, su administrador de reclamos tiene el derecho de elegir al médico que le proporcionará el tratamiento dentro de los primeros 30 días después de que su empleador sepa de su lesión o enfermedad. Después de que su administrador de reclamos ha iniciado su tratamiento con otro médico durante este tiempo, puede entonces usted, bajo petición, transferir su tratamiento a su quiropráctico o acupunturista personal. Puede utilizar este formulario para notificarle a su empleador de su quiropráctico o acupunturista personal. La ley estatal no permite que un quiropráctico siga como su médico después de 24 visitas.

Nombre del quiropráctico o acupunturista (D.C., L.A.C.):

Calle, Ciudad, Estado, Código Postal:

Teléfono:

Nombre del Empleado (en letra de bloque):

Dirección del Empleado:

Firma del Empleado:

Fecha:

Titulo 8, Código de Reglamento de California, sección 9783.1 DWC Formulario 9783.1 (1 de julio de 2014)

Nota para el Empleado: La ley estatal no permite que un quiropráctico sea un médico tratante más allá de un máximo de 24 visitas. El quiropráctico personal debe ser el quiropráctico habitual y habilitado (D.C.) que haya ordenado un tratamiento previo y que tenga los documentos pertinentes, incluyendo la historia del tratamiento quiropráctico. El acupunturista debe ser un acupunturista habitual y habilitado (L.A.C.) que haya ordenado un tratamiento previo y que tenga los documentos pertinentes, incluyendo la historia del tratamiento de acupuntura. Si el empleador ofrece una Red de Profesionales Médicos para Accidentes de Trabajo (MPN), el empleado podrá únicamente cambiar a un quiropráctico o acupunturista personal dentro de la red de MPN. En caso de que el empleado sea miembro de la Organización de Atención de la Salud por Accidentes de Trabajo (IHCO) rigen normas diferentes, por este motivo, consultar con el empleador o administrador de reclamos, si ese es el caso.

BENEFICIOS

Atención Médica: ACM paga directamente los gastos médicos por tratamiento razonable y necesario en nombre del empleador. El empleado jamás debe recibir las facturas médicas por atención autorizada ni efectuar el pago de las mismas. Todas las facturas se envían a American Claims Management a P.O. Box 85251, San Diego, CA 92186. Existe un límite en algunos de los servicios médicos.

Discapacidad Temporal: En caso de que el empleado no esté en condiciones de trabajar por más de tres días, incluyendo los fi de semana, tiene derecho a recibir pagos por discapacidad temporal (TD) como reemplazo del salario que no pudo recibir. Dos semanas después del reporte de la lesión, el empleado recibirá un cheque de ACM. Este cheque continuará llegando cada dos semanas hasta que los médicos digan que el empleado está en condiciones de volver al trabajo o hasta que digan que el cuadro médico es "permanente y estacionario." (Los pagos no se efectúan durante los tres primeros días, salvo, sin embargo, que el empleado esté internado en un hospital o no esté en condiciones de trabajar por más de 14 días.) El monto de estos cheques es de dos-tercios del salario promedio del empleado, supeditado a los mínimos y máximos establecidos por la legislación del Estado. No hay deducciones y los pagos son libres de impuestos. Según la legislación de California, los pagos por TD por una única lesión no deben exten-derse por más de 104 semanas remunerables en el transcurso de cinco años a partir de la fecha de la lesión, o por más de 240 semanas en el transcurso de cinco años a partir de la fecha de la lesión para determinadas lesiones a largo plazo tales como quemaduras de gravedad o enfermedad pulmonar crónica. Si se llega al período máximo del pago de la TD antes de poder volver al trabajo o antes de que el cuadro médico sea permanente y estacionario, el empleado puede recibir benefi de discapacidad por medio del Departamento de Desarrollo Laboral de California (EDD). Es posible que el empleado también pueda recibir estos benefi si el pago por TD se niega o se demora.

Discapacidad Permanente: Si el médico dice que la lesión o enfermedad tiene como consecuencia limitaciones o restricciones permanentes en la capacidad laboral del empleado, el empleado podría tener la posibilidad de recibir pagos por discapacidad permanente. El monto depende del informe del doctor, de cuánto de dicha discapacidad permanente haya sido causa directa del trabajo y demás factores como edad, ocupación, tipo de lesión y fecha de la lesión. El pago del benefi también se puede ver afectado por el hecho de que si el empleador hizo o no una oferta adecuada para volver al trabajo, y si el empleado la aceptó o no. Los montos mínimos y máximos están determinados por la legislación del Estado, pero si el empleado tiene una discapacidad permanente, ACM enviará una carta con la explicación de cómo se calculó el benefi. En general, el monto total se establece de acuerdo con una tasa semanal distribuida sobre

después del pago fi por discapacidad, o en caso de que el empleado no estuviera recibiendo pagos temporales por discapacidad, 14 días después de que el doctor diga que el estado es permanente y estacionario. Después de eso, el benefi se pagará cada

14 días hasta que el empleado reciba el máximo, hasta que se resuelva el caso o reciba una cantidad total como pago.

Benefi por Fallecimiento: Si la lesión o enfermedad es la causa del fallecimiento, los pagos se efectuarán a las personas que dependían económicamente del empleado. Estos benefi están establecidos en la legislación del Estado y el monto depende de la cantidad de dependientes y de la fecha de la lesión. La indemnización laboral también brinda aportes para el funeral.

Benefi Suplementario por Desplazamiento Laboral: Una vez que ACM recibe un informe médico de que usted se ha recuperado lo más posible de su lesión ocupacional y su lesión resulta en discapacidad permanente, en un periodo no mayor de 60 días, ACM enviará una carta informándole si su empleador tiene una labor modifi o trabajo alternativo disponible para usted. Si su empleador no le ofrece trabajo modifi o alternativo, ACM tiene 20 días para ofrecerle el Benefi Complementario de Desplazamiento Laboral. Se trata de un bono no transferible de \$ 6000 que se debe utilizar en una escuela acreditada del Estado para recibir recapacitación relacionada con la educación o perfeccionamiento profesional. Hay límites de cuánto usted puede gastar en algunas cosas, pero si usted reúne los requisitos, obtendrá información sobre qué tipos de gastos están cubiertos, los límites, requisitos de documentación y plazos para el uso de este benefi o.

Other Benefits:

Para aclarar, el seguro de Indemnización del Trabajador cubre lesiones y enfermedades ocurridas en el lugar de trabajo y es pagado en su totalidad por su empleador, mientras que el Seguro de Discapacidad del Estado (SDI) cubre lesiones o enfermedades ocurridas fuera del trabajo, y es pagado mediante deducciones de su cheque de pago. Si usted no está recibiendo benefi de indemnización del trabajador, usted puede ser elegible para recibir benefi del SDI. Para obtener más información, llame a la ofi estatal local de Desarrollo de Discapacidad de Empleo que fi en las páginas del gobierno de su guía telefónica o visite www.EDD.ca.gov/disability/.

Si el estado determina que el monto por discapacidad permanente con derecho a indemnización del trabajador es muy bajo en comparación con la pérdida de ganancias futuras, usted puede califi para recibir dinero adicional de un Fondo de Retorno al Trabajo, aprobado por los legisladores del estado en 2012. Este fondo es administrado por el Departamento de Relaciones Industriales; se incluirán detalles sobre la elegibilidad y cómo solicitarlo en las normas estatales. Si usted cree que reúne los requisitos, comuníquese con la ofi local de Información y Asistencia de DWC que aparece en su centro de trabajo o puede llamar al 800.736.7401 o visitar el sitio Web de la División de Indemnización del Trabajador www.DWC.ca.gov.

¿PREGUNTAS?

Para cualquier pregunta, dirigirse al supervisor que corresponda o a ACM. La dirección y el número de teléfono de ACM aparecen al fi de este documento. También se puede comunicar con el personal de información y asistencia de la División de Indemnización Laboral del Estado (DWC). El personal de información y asistencia está a disposición sin costo alguno para contestar cualquier pregunta, consulta de problemas y para brindar por escrito información adicional sobre indemnización laboral. La ofi local aparece al fi de este documento y está publicada en su lugar de trabajo o puede llamar al 800.736.7401, consultar las páginas blancas de las guías telefónicas locales bajo Ofi del Gobierno Estatal/Relaciones Industriales/Indemnización Laboral o visitar el sitio web de DWC en www.dir.ca.gov/dwc.

OFICINAS DE INFORMACIÓN Y ASISTENCIA

Anaheim (714) 414-1801	Marina del Rey (310) 482-3820	Salinas (831) 443-3058	Santa Rosa (707) 576-2452
Bakersfield (661) 395-2514	Oakland (510) 622-2861	San Bernardino (909) 383-4522	Stockton (209) 948-7980
Eureka (707) 441-5723	Oxnard (805) 485-3528	San Diego (619) 767-2082	Van Nuys (818) 901-5367
Fresno (559) 445-5355	Pomona (909) 623-8568	San Francisco (415) 703-5020	
Goleta (805) 968-4158	Redding (530) 225-2047	San Jose (408) 277-1292	
Long Beach (562) 590-5240	Riverside (951) 782-4347	San Luis Obispo (805) 596-4159	
Los Angeles (213) 576-7389	Sacramento (916) 928-3158	Santa Ana (714) 558-4597	

Reclamos Administrados por:
American Claims Management
P.O. Box 85251
San Diego, CA 92186



Línea Telefónica Gratuita 866.671.5042
ACMclaims.com

NO DISCRIMINACIÓN: Es ilícito que el empleador despid a efectúe algún tipo de discrimi-nación contra algún empleado como consecuencia de la presentación de un reclamo, de la intención de presentar un reclamo, del recibo de una indemnización, por declarar o tener la intención de declarar a favor de otro empleado lesionado. Si se determina que el empleador discriminó a algún empleado, se le podría ordenar al empleador que vuelva a contratar a di-cho empleado, que le reembolse el salario que no recibió, que le otorgue beneficios laborales y que le pague una mayor indemnización, gastos y costos hasta el máximo que disponga la legislación del estado.

EL FRAUDE PARA RECIBIR INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO ES UN DELITO

Toda persona que presente o sea la causa de que se presenten declaraciones fal-sas o fraudulentas con el fin de recibir o negar beneficios o indemnización laboral es culpable de un delito.

How to file a workers' compensation claim form

Use a claim form to report a work injury or illness to your employer.

Attached is the employee claim for workers' compensation benefits. Please read and follow the instructions on the top of the form.

Complete only the "employee" section. Be sure to sign and date the claim form and keep a copy for your records.

Return the claim form to your employer right away in person or by mail. If you mail the claim form, use certified mail -- return receipt requested -- so you have a record of the date it was mailed and the date it was received. If you don't return the completed form to your employer you may risk your right to benefits.

You have the right to receive up to \$10,000 in medical care under treatment guidelines while your employer decides whether to accept or deny your claim. Your employer must approve that treatment within one working day of receiving your claim form.

Your employer should fill out the "employer" section and forward the completed claim form to the insurance company. Your employer should give you a copy of the completed claim form. If they don't, request a copy and keep it for your records. Generally, the insurance company has 14 days to mail you a letter telling you the status of your claim. If you don't receive this letter, call the insurance company to find out the status of your claim.

✓ [Workers' Compensation Claim Form \(DWC 1\)](#)

If you need help, call an [Information and Assistance \(I&A\) office](#), or attend a [workshop for injured workers](#). The local I&A phone numbers are attached to this guide. You can get information on a local workshop from the I&A office or on the Web at www.dwc.ca.gov.

The information contained in this guide is general in nature and is not intended as a substitute for legal advice. Changes in the law or the specific facts of your case may result in legal interpretations different than those present here.

When sending documents to a district office, please make sure they are not folded or stapled. Send them in a large manila envelope. Please see the EAMS OCR forms handbook for further instructions.

WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD

DISTRICT OFFICES

ANAHEIM, 92806-2131

1065 N Pacific Center Drive, Suite 170
Information & Assistance Unit **(714) 414-1800**

BAKERSFIELD, 93301-1929

1800 30th Street, Suite 100
Information & Assistance Unit **(661) 395-2514**

EUREKA, 95501-0481 * Satellite office *

100 "H" Street, Suite 202
Information & Assistance Unit **(707) 441-5723**

FRESNO, 93721-2219

2550 Mariposa Street, Suite 4078
Information & Assistance Unit **(559) 445-5355**

LONG BEACH, 90802-4339

300 Ocean Gate Street, Suite 200
Information & Assistance Unit **(562) 590-5240**

LOS ANGELES, 90013-1105

320 W 4th Street, 9th Floor
Information & Assistance Unit **(213) 576-7389**

MARINA DEL REY, 90292-6902

4720 Lincoln Boulevard, 2nd and 3rd floors
Information & Assistance Unit **(310) 482-3858**

OAKLAND, 94612-1499

1515 Clay Street, 6th Floor
Information & Assistance Unit **(510) 622-2861**

OXNARD, 93030-7912

1901 N Rice Avenue, Suite 100
Information & Assistance Unit **(805) 485-3528**

POMONA, 91768-1653

732 Corporate Center Drive
Information & Assistance Unit **(909) 623-8568**

REDDING, 96002-0940

250 Hemsted Drive, 2nd Fl, Ste. B
Information & Assistance Unit **(530) 225-2047**

RIVERSIDE, 92501-3337

3737 Main Street, Suite 300
Information & Assistance Unit **(951) 782-4347**

SACRAMENTO, 95834-2962

160 Promenade Circle, Suite 300
Information & Assistance Unit **(916) 928-3158**

SALINAS, 93906-2204

1880 N Main Street, Suites 100 & 200
Information & Assistance **(831) 443-3058**

SAN BERNARDINO, 92401-1411

464 W Fourth Street, Suite 239
Information & Assistance Unit **(909) 383-4522**

SAN DIEGO, 92108-4424

7575 Metropolitan Drive, Suite 202
Information & Assistance Unit **(619) 767-2082**

SAN FRANCISCO, 94102-7014

455 Golden Gate Avenue, 2nd Floor
Information & Assistance Unit **(415) 703-5020**

SAN JOSE, 95113-1402

100 Paseo de San Antonio, Suite 241
Information & Assistance Unit **(408) 277-1292**

SAN LUIS OBISPO, 93401-8736

4740 Allene Way, Suite 100
Information & Assistance Unit **(805) 596-4159**

SANTA ANA, 92701-4070

605 W Santa Ana Boulevard, Bldg 28, Suite 451
Information & Assistance Unit **(714) 558-4597**

SANTA BARBARA, 93101-7538 * Satellite office *

130 E Ortega St.
Information & Assistance Unit **(805) 568-1390**

SANTA ROSA, 95404-4771

50 "D" Street, Suite 420
Information & Assistance Unit **(707) 576-2452**

STOCKTON, 95202-2314

31 E Channel Street, Suite 344
Information & Assistance Unit **(209) 948-7980**

VAN NUYS, 91401-3370

6150 Van Nuys Boulevard, Suite 105
Information & Assistance Unit **(818) 901-5374**

Instructions on State Form Requirements – California

NOTICE TO EMPLOYEES- INJURIES CAUSED BY WORK (Posting Notice; State Form DWC-7 in English & Spanish)

- This posting notice is required by law and must be posted in a conspicuous place, including all worksites frequented by all employees and where they may easily read it during the workday. The posting notice must be filled out completely with the following information prior to posting:
- Current MPN's toll free number: 800 608-9822
- MPN website: www.everestnational.com/workcomp
- MPN Effective Date: (insert policy effective date)
- MPN Identification number: 1719
- Claims Administrator:
- Phone:
- Workers' compensation insurer: Everest National Insurance Company
- The posting notice must be printed in the actual size - 8.5 X 14 inch.
- We have provided policyholder/claims kits based on the number of locations listed on your policy for each state. The posting notice must be displayed at each location.

MEDICAL PROVIDER NETWORK (MPN) – MEDICAL PROVIDER PANEL CARD Review and follow instructions included in the Medical Provider Network (MPN) Attachment:

- This Doctor's Panel must be posted next to the Notice to Employees (DWC-7) posting.
- Employer Acknowledgement must be completed and returned to Everest within 30 days.

TIME OF HIRE PAMPHLET/FACTS ABOUT WORKERS' COMPENSATION (New hires pamphlet to employee) (English & Spanish)

- At the time of hire, new employees must be advised of the entitlement to receive Workers' Compensation benefits in the event of an injury. This pamphlet has to be provided to all new hires at time of hire. Proper procedures for reporting an injury should also be reviewed with the employee. The Time of Hire Pamphlet is available on the California website: www.dir.ca.gov/dwc

WORKERS' COMPENSATION CLAIM FORM (State Form DWC 1 in English & Spanish)

- If an injury occurs, this form must be given to an employee within one working day from notice or knowledge of an injury which results in lost time beyond the shift, or medical treatment beyond first aid.

Instructions on State Form Requirements – California

- Within one working day of receipt of the completed form from the employee, the employer is required to record the date received on line 13, and provide copies to the employee, and claim administrator.
- It is recommended a log be kept as proof that these forms have been provided in a timely manner. Failure to provide this form can result in employer fines and penalties.

EMPLOYER'S REPORT OF OCCUPATIONAL INJURY OR ILLNESS (State Form 5020)

- This form is required when a work related injury or illness occurs or is claimed, and assistance with completion is available at the toll free number for claim reporting.
- Follow instructions on the enclosed "How to Report a Claim".
- Make sure to keep a copy of the completed report form for your records, and give a copy to the employee.
- All claims for workers' compensation benefits must be reported regardless of merit, to allow for proper processing and investigation.
- Be sure to report a claim immediately and do not wait for the employee to return the DWC 1 Claim Form.
- In case of a death or serious work related injury/illness, contact the nearest office of the California Division of Occupational Safety and Health (Cal-OSHA) immediately. A death also requires reporting to the U.S Department of Labor, Bureau of Labor Statistics in San Francisco.

PRE-DESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN (State DWC Form 9783 – English & Spanish)

This form is also included with the Facts about Workers Compensation

- At the time of hire, new employees must be notified of the right to pre-designate a physician to treat in the event of a work related injury.
- To qualify for pre-designation, if the employee must have health care coverage for injuries or illnesses that are not work related.
- This form serves as notification of this right and should be given to the employee. Documentation of this notification should be kept in the personnel file along with any completed forms returned by the employee.

Instructions on State Form Requirements – California

- The employer only has to notify the employee of the right to pre-designate; it is the employee's responsibility to choose whether to return the form.
- "Personal physician" includes a medical group. To validate the pre-designation, the physician or designated employee of the physician or medical group must either sign the form or provide a letter of agreement to treat and return it to the employer.
- If the physician does not agree, or the employee does not provide pre-designation, the employee will be required to treat with a Medical Provider Network (MPN) physician. Failure to give this notification to the employee may jeopardize the employer's ability to control medical care.

Failure to comply with all of the above instructions may result in monetary fines being assessed by the State.

The State of California website is <http://www.dir.ca.gov/dwc> where further information can also be found.

Important:

All insureds must implement the MPN within 30 days of receipt of this information. If you have any questions contact Everest MPN Support at (800) 608-9822 for further information and assistance.



TIME OF HIRE PAMPHLET

This pamphlet, or a similar one that has been approved by the Administrative Director, must be given to all newly hired employees in the State of California. Employers and claims administrators may use the content of this document and put their logos and additional information on it. The content of this pamphlet applies to all industrial injuries that occur on or after January 1, 2013.

WHAT IS WORKERS' COMPENSATION?

If you get hurt on the job, your employer is required by law to pay for workers' compensation benefits. You could get hurt by:

One event at work. Examples: hurting your back in a fall, getting burned by a chemical that splashes on your skin, getting hurt in a car accident while making deliveries.

—or—

Repeated exposures at work. Examples: hurting your wrist from using vibrating tools, losing your hearing because of constant loud noise.

—or—

Workplace crime. Examples: you get hurt in a store robbery, physically attacked by an unhappy customer.

Discrimination is illegal

It is illegal under Labor Code section 132a for your employer to punish or fire you because you:

- File a workers' compensation claim
- Intend to file a workers' compensation claim
- Settle a workers' compensation claim
- Testify or intend to testify for another injured worker.

If it is found that your employer discriminated against you, he or she may be ordered to return you to your job. Your employer may also be made to pay for lost wages, increased workers' compensation benefits, and costs and expenses set by state law.

WHAT ARE THE BENEFITS?

- **Medical care:** Paid for by your employer to help you recover from an injury or illness caused by work. Doctor visits, hospital services, physical therapy, lab tests and x-rays are some of the medical services that may be provided. These services should be necessary to treat your injury. There are limits on some services such as physical and occupational therapy and chiropractic care.
- **Temporary disability benefits:** Payments if you lose wages because your injury prevents you from doing your usual job while recovering. The amount you may get is up to two-thirds of your wages. There are minimum and maximum payment limits set by state law. You will be paid every two weeks if you are eligible. For most injuries, payments may not exceed 104 weeks within five years from your date of injury. Temporary disability (TD) stops when you return to work, or when the doctor releases you for work, or says your injury has improved as much as it's going to.
- **Permanent disability benefits:** Payments if you don't recover completely. You will be paid every two weeks if you are eligible. There are minimum and maximum weekly payment rates established by state law. The amount of payment is based on:
 - Your doctor's medical reports
 - Your age
 - Your occupation
- **Supplemental job displacement benefits:** This is a voucher for up to \$6,000 that you can use for retraining or skill enhancement at an approved school, books, tools, licenses or certification fees, or other resources to help you find a new job. You are eligible for this voucher if:
 - You have a permanent disability.
 - Your employer does not offer regular, modified, or alternative work, within 60 days after the claims administrator receives a doctor's report saying you have made a maximum medical recovery.
- **Death benefits:** Payments to your spouse, children or other dependents if you die from a job injury or illness. The amount of payment is based on the number of dependents. The benefit is paid every two weeks at a rate of at least \$224 per week. In addition, workers' compensation provides a burial allowance.

OTHER BENEFITS

You may file a claim with the Employment Development Department (EDD) to get state disability benefits when workers' compensation benefits are delayed, denied, or have ended. There are time restrictions so for more information contact the local office of EDD or go to their web site www.edd.ca.gov.

If your injury results in a permanent disability (PD) and the state determines that your PD benefit is disproportionately low compared to your earning loss, you may qualify for additional money from the Department of Industrial Relation's special earnings loss supplement program also known as the return to work program. If you have questions or think you qualify, contact the Information & Assistance Unit by going to www.dwc.ca.gov and looking under "Workers' Compensation programs and units" for the "Information & Assistance Unit" link or visit the DIR web site at www.dir.ca.gov.

Workers' compensation fraud is a crime

Any person who makes or causes to be made any knowingly false statement in order to obtain or deny workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony. If convicted, the person will have to pay fines up to \$150,000 and/or serve up to five years in jail.

WHAT SHOULD I DO IF I HAVE AN INJURY?

Report your injury to your employer

Tell your supervisor right away no matter how slight the injury may be. Don't delay – there are time limits. You could lose your right to benefits if your employer does not learn of your injury within 30 days. If your injury or illness is one that develops over time, report it as soon as you learn it was caused by your job.

If you cannot report to the employer or don't hear from the claims administrator after you have reported your injury, contact the claims administrator yourself.

Workers' compensation insurance company or if employer is self-insured, person responsible for handling the claim is:

Address: _____

Phone: _____.

You may be able to find the name of your employer's workers' compensation insurer at www.caworkcompcoverage.com. If no coverage exists or coverage has expired,

contact the Division of Labor Standards Enforcement at www.dir.ca.gov/DLSE as all employees must be covered by law.

Get emergency treatment if needed

If it's a medical emergency, go to an emergency room right away. Tell the medical provider who treats you that your injury is job related. Your employer may tell you where to go for follow up treatment.

Emergency telephone number: Call 911 for an ambulance, fire department or police. For non-emergency medical care, contact your employer, the workers' compensation claims administrator or go to this facility:

_____.

Fill out DWC 1 claim form and give it to your employer

Your employer must give you a [DWC 1 claim form](#) within one working day after learning about your injury or illness. Complete the employee portion, sign and give it back to your employer. Your employer will then file your claim with the claims administrator. Your employer must authorize treatment within one working day of receiving the DWC 1 claim form.

If the injury is from repeated exposures, you have one year from when you realized your injury was job related to file a claim.

In either case, you may receive up to \$10,000 in employer-paid medical care until your claim is either accepted or denied. The claims administrator has up to 90 days to decide whether to accept or deny your claim. Otherwise your case is presumed payable.

Your employer or the claims administrator will send you "benefit notices" that will advise you of the status of your claim.

MORE ABOUT MEDICAL CARE

What is a Primary Treating Physician (PTP)?

This is the doctor with overall responsibility for treating your injury or illness. He or she may be:

- The doctor you name in writing *before* you get hurt on the job
- A doctor from the medical provider network (MPN)
- The doctor chosen by your employer during the first 30 days of injury if your employer does not have an MPN or
- The doctor you chose after the first 30 days if your employer does not have an MPN.

What is a Medical Provider Network (MPN)?

An MPN is a select group of health care providers who treat injured workers. Check with your employer to see if they are using an MPN.

If you have not named a doctor before you get hurt and your employer is using an MPN, you will see an MPN doctor. After your first visit, you are free to choose another doctor from the MPN list.

What is Predesignation?

Predesignation is when you name your regular doctor to treat you if you get hurt on the job. The doctor must be a medical doctor (M.D.), doctor of osteopathic medicine (D.O.) or a medical group with an M.D. or D.O. You must name your doctor in writing *before* you get hurt or become ill.

You may predesignate a doctor if you have health care coverage for non-work injuries and illnesses. The doctor must have:

- Treated you
- Maintained your medical history and records before your injury and
- Agreed to treat you for a work-related injury or illness before you get hurt or become ill.

You may use the “predesignation of personal physician” form included with this pamphlet. After you fill in the form, be sure to give it to your employer.

If your employer does not have an approved MPN, you may name your chiropractor or acupuncturist to treat you for work related injuries. The notice of personal chiropractor or acupuncturist must be in writing *before* you get hurt. You may use the form included in this pamphlet. After you fill in the form, be sure to give it to your employer.

With some exceptions, state law does not allow a chiropractor to continue as your treating physician after 24 visits. Once you have received 24 chiropractic visits, if you still require medical treatment, you will have to select a new physician who is not a chiropractor. The term “chiropractic visit” means any chiropractic office visit, regardless of whether the services performed involve chiropractic manipulation or are limited to evaluation and management.

Exceptions to the prohibition on a chiropractor continuing as your treating physician after 24 visits include postsurgical physical medicine visits prescribed by the surgeon, or physician designated by the surgeon, under the postsurgical component of the Division of Workers' Compensation's Medical Treatment Utilization Schedule, or if your employer has authorized additional visits in writing.

WHAT IF THERE IS A PROBLEM?

If you have a concern, speak up. Talk to your employer or the claims administrator handling your claim and try to solve the problem. If this doesn't work, get help by trying the following:

Contact the Division of Workers' Compensation (DWC) Information and Assistance (I&A) Unit

All 24 DWC offices throughout the state provide information and assistance on rights, benefits and obligations under California's workers' compensation laws. I&A officers help resolve disputes without formal proceedings. Their goal is to get you full and timely benefits. Their services are free.

To contact the nearest I&A Unit, go to www.dwc.ca.gov and under "Workers' Compensation programs and units", click on "Information & Assistance Unit." At this site you will find fact sheets, guides and information to help you.

The nearest I&A Unit is located at:

Address: _____

Phone number: _____.

Consult with an attorney

Most attorneys offer one free consultation. If you decide to hire an attorney, his or her fees may be taken out of some of your benefits. For names of workers' compensation attorneys, call the State Bar of California at (415) 538-2120 or go to their website at www.californiaspecialist.org. You may get a list of attorneys from your local I&A Unit or look in the yellow pages.

Warning

Your employer may not pay workers' compensation benefits if you get hurt in a voluntary off-duty recreational, social or athletic activity that is not part of your work-related duties.

Additional rights

You may also have other rights under the Americans with Disabilities Act (ADA) or the Fair Employment and Housing Act (FEHA). For additional information, contact FEHA at (800) 884-1684 or the Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) at (800) 669-4000.

The information contained in this pamphlet conforms to the informational requirements found in Labor Code sections 3551 and 3553 and California Code of Regulation, Title 8, sections 9880 and 9883. This document is approved by the Division of Workers' Compensation administrative director.

PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

In the event you sustain an injury or illness related to your employment, you may be treated for such injury or illness by your personal medical doctor (M.D.), doctor of osteopathic medicine (D.O.) or medical group if:

- on the date of your work injury you have health care coverage for injuries or illnesses that are not work related;
- the doctor is your regular physician, who shall be either a physician who has limited his or her practice of medicine to general practice or who is a board-certified or board-eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecologist, or family practitioner, and has previously directed your medical treatment, and retains your medical records;
- your "personal physician" may be a medical group if it is a single corporation or partnership composed of licensed doctors of medicine or osteopathy, which operates an integrated multispecialty medical group providing comprehensive medical services predominantly for nonoccupational illnesses and injuries;
- prior to the injury your doctor agrees to treat you for work injuries or illnesses;
- prior to the injury you provided your employer the following in writing: (1) notice that you want your personal doctor to treat you for a work-related injury or illness, and (2) your personal doctor's name and business address.

You may use this form to notify your employer if you wish to have your personal medical doctor or a doctor of osteopathic medicine treat you for a work-related injury or illness and the above requirements are met.

NOTICE OF PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

Employee: Complete this section.

To: _____ (name of employer) If I have a work-related injury or illness, I choose to be treated by:

(name of doctor) (M.D., D.O., or medical group) _____ (street address, city, state, ZIP)

(telephone number)

Employee Name (please print):

Employee's Address:

Name of Insurance Company, Plan, or Fund providing health coverage for nonoccupational injuries or illnesses:

Employee's Signature _____ Date: _____

Physician: I agree to this Predesignation:

Signature: _____ Date: _____
(Physician or Designated Employee of the Physician or Medical Group)

The physician is not required to sign this form, however, if the physician or designated employee of the physician or medical group does not sign, other documentation of the physician's agreement to be predesignated will be required pursuant to Title 8, California Code of Regulations, section 9780.1(a)(3).

§ 9783.1. DWC Form 9783.1 Notice of Personal Chiropractor or Personal Acupuncturist.

NOTICE OF PERSONAL CHIROPRACTOR OR PERSONAL ACUPUNCTURIST

If your employer or your employer's insurer does not have a Medical Provider Network, you may be able to change your treating physician to your personal chiropractor or acupuncturist following a work-related injury or illness. In order to be eligible to make this change, you must give your employer the name and business address of a personal chiropractor or acupuncturist in writing prior to the injury or illness. Your claims administrator generally has the right to select your treating physician within the first 30 days after your employer knows of your injury or illness. After your claims administrator has initiated your treatment with another doctor during this period, you may then, upon request, have your treatment transferred to your personal chiropractor or acupuncturist.

NOTE: If your date of injury is January 1, 2004 or later, a chiropractor cannot be your treating physician after you have received 24 chiropractic visits unless your employer has authorized additional visits in writing. The term "chiropractic visit" means any chiropractic office visit, regardless of whether the services performed involve chiropractic manipulation or are limited to evaluation and management. Once you have received 24 chiropractic visits, if you still require medical treatment, you will have to select a new physician who is not a chiropractor. This prohibition shall not apply to visits for postsurgical physical medicine visits prescribed by the surgeon, or physician designated by the surgeon, under the postsurgical component of the Division of Workers' Compensation's Medical Treatment Utilization Schedule.

You may use this form to notify your employer of your personal chiropractor or acupuncturist.

Your Chiropractor or Acupuncturist's Information:

(name of chiropractor or acupuncturist)

(street address, city, state, zip code)

(telephone number)

Employee Name **(please print)**:

Employee's Address:

Employee's Signature _____ Date: _____



UN FOLLETO PARA EL NUEVO EMPLEADO

Este folleto, o uno similar que ha sido aprobado por el Director Administrativo, debe ser dado a todos los empleados recién contratados en el estado de California. Los empleadores y administradores de reclamos pueden utilizar el contenido de este documento y incluir sus logos e información adicional en ello. El contenido de este folleto se aplica a todas las lesiones laborales que ocurren en o después del 1 de enero 2013.

¿QUÉ ES LA COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES?

Si usted se lesiona en el trabajo, su empleador por ley está obligado a pagarle los beneficios de compensación de trabajadores. Usted podría lesionarse por:

Un incidente en el trabajo. Ejemplos: lastimarse la espalda al caerse, quemarse con un producto químico que le salpique la piel, lesionarse en un accidente de tránsito mientras hace entregas.

— o —

Exposiciones repetidas en el trabajo. Ejemplos: lastimarse la muñeca por hacer movimientos repetitivos, perder la audición debido a la presencia de ruidos fuertes y constantes.

— o —

Crimen en el lugar de trabajo. Ejemplos: se lesiona en un robo de una tienda, físicamente atacado por un cliente disgustado.

La discriminación es ilegal

Es ilegal bajo el Código Laboral 132a que su empleador lo castigue o despida porque usted:

- Presenta un reclamo de compensación de trabajadores
- Tiene la intención de presentar un reclamo de compensación de trabajadores
- Finaliza un reclamo de compensación de trabajadores
- Testifica o tiene la intención de testificar para otro trabajador lesionado.

Si se determina que su empleador discriminó contra usted, él o ella pueden ser ordenados a regresarlo a su trabajo. Su empleador también puede ser obligado a pagar por salarios perdidos, aumentos en beneficios de compensación de trabajadores además de costos y gastos establecidos por la ley estatal.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS?

- **Atención médica:** Pagado por su empleador para ayudarle a recuperarse de una lesión o enfermedad causada por el trabajo. Visitas al médico, servicios de hospital, terapia física, exámenes de laboratorio y rayos X son algunos servicios médicos que pueden ser

proporcionados. Estos servicios deben ser necesarios para tratar su lesión. Hay límites en algunos servicios como terapia física y ocupacional y cuidado quiropráctico.

- **Beneficios por incapacidad temporal:** Pagos que usted recibe por los salarios perdidos si su lesión le impide hacer su trabajo usual mientras se recupera. La cantidad que puede recibir es hasta dos tercios de su salario. Hay límites de pagos mínimos y máximos establecidos por la ley estatal. Será pagado cada dos semanas si es elegible. Para la mayoría de las lesiones, los pagos no pueden exceder más de 104 semanas dentro de cinco años después de su lesión. La Incapacidad Temporal (*Temporary Disability- TD*) termina cuando usted regresa a trabajar o cuando su médico le permite regresar a trabajar o indica que su lesión ha mejorado lo mejor posible.
- **Beneficios por incapacidad permanente:** Pagos si no se recupera completamente. Se le pagará cada dos semanas si es elegible. Hay tasas de pago semanales mínimas y máximas establecidas por la ley estatal. La cantidad de pago está basada en:
 - El informe médico de su doctor
 - Su edad
 - Su ocupación
- **Beneficios suplementarios por la pérdida de trabajo:** Este es un vale de hasta \$6,000 que usted puede utilizar para pagar por reentrenamiento/capacitación o mejoramiento de habilidades en una escuela aprobada por el estado, libros, herramientas, honorarios de certificación o licenciatura u otros recursos para ayudarle a encontrar un nuevo trabajo. Usted es elegible para este vale si:
 - Usted tiene una incapacidad permanente
 - Su empleador no le ofrece trabajo regular, modificado o alternativo dentro de 60 días después de que el administrador de reclamos recibe un informe médico indicando que ha llegado a una máxima recuperación médica.
- **Beneficios por Muerte:** Pagos a su cónyuge, hijos u otros dependientes si usted muere debido a una lesión o enfermedad de trabajo. La cantidad del pago está basada en el número de dependientes. El beneficio es pagado cada dos semanas a una tasa de por lo menos \$224 por semana. Adicionalmente, el seguro de compensación de trabajadores proporciona una cantidad para el entierro.

OTROS BENEFICIOS

Usted puede presentar un reclamo con el Departamento del Desarrollo de Empleo (*Employment Development Department- EDD*) para obtener beneficios de incapacidad estatal cuando los beneficios del programa de compensación de trabajadores son demorados, negados o han terminado. Hay plazos específicos así que para más información comuníquese con la oficina local del EDD o vaya a su sitio web en www.edd.ca.gov.

Si su lesión resulta en una incapacidad permanente y el estado determina que su beneficio de *PD* es desproporcionadamente bajo comparado a su pérdida de ingresos, usted puede calificar para dinero adicional del programa de Pérdida de Ingresos Especiales Suplementarios del Departamento de Relaciones Industriales (*Department of Industrial Relations- DIR*) que también es

conocido como el Programa del Regreso al Trabajo. Si tiene preguntas o piensa que califica, comuníquese con la Unidad de Información y Asistencia yendo a www.dwc.ca.gov y busque el enlace "Information & Assistance Unit" bajo la sección Workers' compensation programs & units" o visite la página web del DIR en www.dir.ca.gov.

El fraude de compensación de trabajadores es un crimen

Cualquier persona que hace o causa que se haga una declaración intencionadamente falsa para obtener o negar beneficios o pagos de compensación de trabajadores es culpable de una felonía. Si condenado, la persona tendrá que pagar multas de hasta \$150,000 y/o cumplir hasta cinco años de cárcel.

¿QUÉ DEBO HACER SI ME LESIONO EN EL TRABAJO?

Informe a su empleador sobre la lesión que ha sufrido

Dígale inmediatamente a su supervisor no importa que tan leve sea la lesión. No demore – hay plazos específicos. Usted puede perder su derecho a beneficios si su empleador no se entera de su lesión dentro de 30 días. Si su lesión o enfermedad se desarrolló gradualmente, infórmelo tan pronto como se entere que fue causada por su trabajo.

Si usted no puede informarle al empleador o no ha escuchado del administrador de reclamos después de haber reportado su lesión, comuníquese con el administrador de reclamos usted mismo.

La compañía del seguro de compensación de trabajadores, o si el empleador está auto asegurado, la persona responsable por la administración del reclamo es:

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Puede poder encontrar el nombre de la compañía del seguro de compensación de trabajadores en www.caworkcompcoverage.com. Si no hay cobertura o si la cobertura ha expirado, comuníquese con la División para el Cumplimiento de las Normas Laborales en www.dir.ca.gov/DLSE ya que por ley, todos los empleados deben ser cubiertos.

Obtenga tratamiento de emergencia si es necesario

Si es una emergencia médica, vaya a una sala de emergencia inmediatamente. Dígale al proveedor médico que le atiende que su lesión está relacionada con su trabajo. Su empleador le puede decir dónde ir para continuar con su tratamiento.

Número de teléfono de emergencia: Llame al 911 para una ambulancia, el departamento de bomberos o la policía. Para cuidado médico que no es urgente, contacte a su empleador, administrador de reclamos de compensación de trabajadores o vaya a esta instalación:

_____.

Llene el formulario de reclamo DWC 1 y déselo a su empleador

Su empleador debe darle un [Formulario de reclamo DWC 1](#) dentro de un día laboral después de enterarse de su lesión o enfermedad. Complete la sección del empleado, fírmelo y regréselo a su empleador. Su empleador entonces presentará su reclamo al administrador de reclamos. Su empleador debe autorizar tratamiento dentro de un día laboral después de recibir el formulario DWC 1.

Si la lesión es debida a exposiciones repetidas, usted tiene un año de cuando usted se da cuenta que su lesión está relacionada con su trabajo para presentar un reclamo.

En cualquier caso, puede recibir hasta \$10,000 en cuidado médico pagado por su empleador hasta que su reclamo sea aceptado o negado. El administrador de reclamos tiene hasta 90 días para decidir si acepta o niega su reclamo. De otra manera, se supondrá que su caso es pagadero.

Su empleador o administrador de reclamos le enviará "Avisos de beneficios" que le informarán sobre el estado de su reclamo.

MÁS ACERCA DE ATENCIÓN MÉDICA

¿Qué es un médico primario (*Primary Treating Physician- PTP*)?

Es el médico que tiene la responsabilidad total sobre el tratamiento para su lesión o enfermedad. Él o ella pueden ser:

- El médico que usted denomina por escrito *antes* de que se lesione en el trabajo
- Un médico de la red de proveedores médicos (*Medical Provider Network- MPN*)
- El médico escogido por su empleador durante los primeros 30 días después de su lesión si su empleador no tiene una MPN o
- El médico que usted escogió después de los primeros 30 días después de su lesión si su empleador no tiene una MPN.

¿Qué es una red de proveedores médicos (*Medical Provider Network- MPN*)?

Una MPN es un grupo selecto de proveedores de cuidado médico que dan tratamiento médico a trabajadores lesionados. Consulte con su empleador para ver si están usando una MPN.

Si usted no ha denominado a un médico antes de lesionarse y su empleador está usando una MPN, usted verá a un médico de la MPN. Después de su primera visita, está libre para escoger otro médico de la lista de la MPN.

¿Qué es la designación previa?

La designación previa es cuando usted denomina a su médico particular para que lo atienda si usted se lastima en el trabajo. El médico debe ser un doctor en medicina (*M.D.*), doctor en medicina osteopatía (*D.O.*) o un grupo médico con un *M.D.* o *D.O.* Debe denominar a su médico por escrito *antes* de que usted se lastime o enferme.

Usted puede designar de antemano a un médico si usted tiene plan de seguro médico para enfermedades y lesiones no relacionadas con el trabajo. El médico debe haberle:

- Atendido
- Mantenido su expediente/historial médico antes de su lesión y
- Indicado que está de acuerdo en atenderlo para una lesión o enfermedad de trabajo antes de que usted se lastime o enferme.

Usted puede usar el formulario "Designación previa de médico particular" incluido con este folleto para denominar a su médico. Después de llenar el formulario, asegúrese de dárselo a su empleador.

Si su empleador no tiene una MPN aprobada, usted puede denominar a su quiropráctico o acupunturista para que lo atienda para sus lesiones de trabajo. El aviso de quiropráctico o acupunturista personal debe ser por escrito *antes* de lastimarse. Puede utilizar el formulario incluido en este folleto. Después de llenar el formulario, asegúrese de dárselo a su empleador.

Con algunas excepciones, la ley estatal no permite que un quiropráctico siga siendo su médico que lo atiende después de 24 consultas. Una vez que haya recibido 24 consultas quiroprácticas, si aún necesita tratamiento médico, usted tendrá que escoger un nuevo médico que no sea quiropráctico. El término "consulta quiropráctica" significa cualquier consulta en un consultorio quiropráctica, sin importar si los servicios cumplidos conllevan manipulación quiropráctica o se limitan a evaluación y manejo.

Las excepciones a la prohibición a que un quiropráctico siga siendo su médico que lo atiende incluyen consultas por medicina física pos-quirúrgica prescrita por el cirujano o médico designado por el cirujano, bajo el componente pos-quirúrgico del Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos o MTUS de la División de Compensación de Trabajadores, o si su empleador ha autorizado consultas adicionales por escrito.

¿QUÉ SI HAY ALGÚN PROBLEMA?

Si tiene alguna inquietud, diga algo. Hable con su empleador o con el administrador de reclamos encargado de su reclamo para tratar de resolver el problema. Si esto no funciona, consiga ayuda intentando lo siguiente:

Comuníquese con la Unidad de Información y Asistencia (*Information & Assistance- I&A*) de la División de Compensación de Trabajadores (*Division of Workers' Compensation- DWC*)

Todas de las 24 oficinas de la DWC alrededor del estado proporcionan información y asistencia sobre derechos, beneficios y obligaciones de acuerdo a las leyes de compensación de trabajadores en California. Los oficiales de I&A ayudan a resolver disputas sin entablar juicio. Su meta es de conseguirle beneficios completos y a tiempo. Los servicios son gratis.

Para comunicarse con la más cercana Unidad de I&A, vaya a www.dwc.ca.gov y bajo la sección "*Workers' compensation programs and units.*" haga clic en el enlace "*Information & Assistance Unit.*" En este sitio encontrará hojas de información, guías e información para ayudarle.

La más cercana unidad de I&A está ubicada en:

Dirección: _____.

Número de teléfono: _____.

Consulte con un abogado

La mayoría de los abogados ofrecen una consulta gratis. Si decide retener a un abogado, sus

honorarios pueden ser tomados de algunos de sus beneficios. Para nombres de abogados de compensación de trabajadores, llame al Colegio de Abogados (*State Bar Association*) de California al (415) 538-2120 o vaya a la página web en www.californiaspecialist.org. Puede conseguir una lista de abogados de su Unidad de I&A local o consulte las páginas amarillas.

Advertencia

Es posible que su empleador no pague beneficios de compensación de trabajadores si se lastima en una actividad voluntaria fuera de su trabajo, recreativa, social o atlética que no sea parte de sus deberes laborales.

Derechos adicionales

Usted también puede tener otros derechos bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (*Americans with Disabilities Act- ADA*) o la Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda (*Fair Employment and Housing Act- FEHA*). Para información adicional, comuníquese con FEHA al (800) 884-1684 o la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (*Equal Employment Opportunity Commission- EEOC*) al (800) 669-3362.

La información contenida en este folleto se conforma a los requisitos de información encontrados en las secciones 3551 y 3553 del Código Laboral y las secciones 9880 y 9883 del Título 8, Código de Regulaciones de California. Este documento está aprobado por el director administrativo de la División de Compensación de Trabajadores.

Revisado 12/20/12 y efectivo para fecha de lesiones en o después del 1/1/13.

DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL

En caso de que usted sufre una lesión o enfermedad relacionada a su empleo, usted puede recibir tratamiento médico por esa lesión o enfermedad de su médico personal(M.D.), médico osteópata (D.O.) o grupo médico si:

- En la fecha de su lesión usted tiene cobertura de atención médica para lesiones o enfermedades no laborales;
- el médico es su médico regular, que será un médico que ha limitado su práctica médica a medicina general o que es un internista certificado o elegible para certificación, pediatra, gineco-obstetra, o médico de medicina familiar y que previamente ha estado a cargo de su tratamiento médico y tiene su expediente médico;
- su "médico personal" puede ser un grupo médico si es una corporación o sociedad o asociación compuesta de doctores certificados en medicina u osteopatía, que opera un grupo médico multidisciplinario integrado que predominantemente proporciona amplios servicios médicos para lesiones y enfermedades no laborales;
- antes de la lesión su médico está de acuerdo a proporcionarle tratamiento médico para su lesión o enfermedad laboral;
- antes de la lesión usted le proporcionó a su empleador por escrito lo siguiente: (1) notificación de que quiere que su médico personal lo trate para una lesión o enfermedad de trabajo y (2) el nombre y dirección comercial de su médico personal.

Puede usar este formulario para notificarle a su empleador si usted desea que su médico personal o médico osteópata lo trate para una lesión o enfermedad de trabajo y que los requisitos mencionados arriba se cumplan.

AVISO DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL

Empleado: Llene esta sección.

A: _____ (nombre del empleador) Si sufro una lesión o enfermedad de trabajo, yo elijo recibir tratamiento médico de:

_____ (nombre del médico)(M.D., D.O., o grupo médico)

_____ (dirección, ciudad, estado, código postal)

_____ (número de teléfono)

Nombre del Empleado (en letras de molde, por favor):

Dirección del Empleado:

Nombre de Compañía de Seguros, Plan o Fondo proporcionando cobertura médica para lesiones o enfermedades no laborales:

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación Previa:

Firma: _____ Fecha: _____

(Médico o Empleado designado por el Médico o Grupo Médico)

El médico no está obligado a firmar este formulario, sin embargo, si el médico o empleado designado por el médico o grupo médico no firma, será necesario presentar documentación sobre el consentimiento del médico a ser designado previamente de acuerdo al Código de Reglamentos de California, Título 8, sección 9780.1 (a) (3).

Julio 2014

AVISO DE QUIROPRÁCTICO PERSONAL O ACUPUNTURISTA PERSONAL

Si su empleador o la compañía de seguros de su empleador no tienen una Red de Proveedores Médicos establecida, es posible que pueda cambiar su médico que lo atiende a su quiropráctico o acupunturista personal después de una lesión o enfermedad laboral. Para tener derecho a hacer este cambio, usted debe entregarle por escrito a su empleador el nombre y la dirección comercial de un quiropráctico o acupunturista personal antes de la lesión o enfermedad. Generalmente, su administrador de reclamos tiene el derecho de elegir al médico que le proporcionará el tratamiento dentro de los primeros 30 días después de que su empleador sabe de su lesión o enfermedad. Después de que su administrador de reclamos haya iniciado su tratamiento con otro médico durante este tiempo, usted puede, bajo petición, transferir su tratamiento a su quiropráctico o acupunturista personal.

AVISO: Si la fecha de su lesión es durante o después del 1 de enero, 2004, un quiropráctico no puede ser su médico que lo atiende después de que haya recibido 24 consultas quiroprácticas a no ser que su empleador ha autorizado consultas adicionales por escrito. El término "consulta quiropráctica" significa cualquier consulta en un consultorio quiropráctica, sin importar si los servicios cumplidos conllevan manipulación quiropráctica o se limitan a evaluación y manejo. Una vez que haya recibido 24 consultas quiroprácticas, si aún necesita tratamiento médico, usted tendrá que escoger un nuevo médico que no sea quiropráctico. Esta prohibición no se aplicará a consultas por medicina física pos-quirúrgica prescrita por el cirujano o médico designado por el cirujano, bajo el componente pos-quirúrgico del Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos o MTUS de la División de Compensación de Trabajadores.

Puede usar este formulario para notificarle a su empleador de su quiropráctico o acupunturista personal.

Información sobre su Quiropráctico o Acupunturista:

(nombre del quiropráctico o acupunturista)

(dirección, ciudad, estado, código postal)

(número de teléfono)

Nombre del Empleado (en letras de molde, por favor):

Dirección del Empleado:

Firma del Empleado: _____ **Fecha:** _____

AMERICAN CLAIMS MANAGEMENT, INC.

Offers:

REWARD

**WORKERS'
COMPENSATION
CLAIMS
FRAUD**

\$1,000

***FOR INFORMATION LEADING TO THE ARREST AND CONVICTION OF ANY CO-WORKER,
HEALTH CARE PROFESSIONAL, OR ATTORNEY REPRESENTING A FRAUDULENT WORKERS'
COMPENSATION CLAIM TO AMERICAN CLAIMS MANAGEMENT, INC.****

California law makes it a FELONY to make or cause to be made a knowingly false or fraudulent material statement in order to obtain Workers' Compensation benefits (Insurance Code Section 1871.1). American Claims Management, Inc. believes that any party engaging in such fraud should be prosecuted to the fullest extent of the law, including JAIL SENTENCES.

Call our TOLL-FREE FRAUD HOTLINE immediately if you have information on a fraudulent claim. You, and all of us, reap the rewards of reducing workers' Compensation Fraud.

TOLL FREE:

1-866-671-5042

American Claims Management, Inc.

*Maximum reward of \$1,000 per conviction. In the event more than one individual submits information regarding the same fraudulent claim, American Claims Management, Inc. will equally divide the reward among those providing information used in obtaining the conviction. American Claims Management, Inc. reserves the right to determine what information, if any, will be provided to the appropriate law enforcement agency. Criminal prosecutions are the sole responsibility of the authorities and may or may not be pursued at their discretion. Any issues regarding the interpretation of this policy shall be resolved by American Claims Management, Inc. at their sole discretion. Programs subject to change or termination without prior notice.

LA COMPAÑIA DE SEGUROS
AMERICAN CLAIMS MANAGEMENT, INC.

Ofrece:

RECOMPENSA

DEMANDAS
FRAUDULENTAS DE
COMPENSACION DE
TRABAJADORES

\$1,000

*POR INFORMACIONES QUE CONDUZCAN AL ARRESTO Y CDNDENADE CUALQUIER TRABAJADOR,
PROFESIONAL DE LA SALUD, O ABOGADO QUE PRESENTE UNADEMANDA DE COMPENSACION
FRADULENTA POR ACCIDENTE DEL TRABAJO A LA COMPAÑIADE SEGUROS AMERICAN CLAIMS MANAGEMENT, INC.**

Las leyes de California declaran que es un DELITO GRAVE presentar o hacer que se presenten pruebas falsas o declaraciones fradulentas para obtener beneficios de compensación pro accidentes del trabajo (Código de Seguros, Sección 1871.1). La Compañía de Seguros American Claims Management, Inc. considera que toda persona que participa en este tipo de fraude debe ser castigado con toda la fuerza de la ley, incluyendo SENTENCIAS DE CARCEL.

Llame gratis por nuestra LINEA DIRECTA PARA REPORTAR FRAUDES inmediatamente si usted tiene informaciones de una demando fraudulenta. Usted y todos nosotros obtendremos el beneficio de reducir los fraudes en la compensación de trabajadores.

LLAMADA GRATIS:
1-866-671-5042

American Claims Management, Inc.

*La recompensa máxima es de \$1,000 por convicción. En caso de que más de una persona presente informaciones sobre la misma demando fraudulenta, American Claims Management, Inc. dividirá la recompensa por partes igualesentre aquellas personas que aportaron informaciones para obtenerla convicción. American Claims Management, Inc. se reserva el derecho de determinar qué informacion presentará a la agencia judicial correspondiente. El proceso de crímenes es la responsabilidad exclusiva de las autoridades, que pueden decidir si el proceso debe entablarse o no. *Cualquier disputa que pudiera surgir en la interpretación de esta ofreta será resuelta por la propia Compañía de Seguros American Claims Management, Inc. Este programa estásujeto a cambios a a cancelación sin aviso previo.*

First Fill Program Details

Everest Insurance

Everest Insurance has partnered with Optum to manage workers' compensation pharmacy benefits for your injured workers. The First Fill program is designed to make it easier to receive claim-related medications following a workplace injury. Immediately following an incident, injured workers can obtain up to a 10-day supply of appropriate medication at no cost.

To qualify for the First Fill program several parameters must be met:

1. Dispensing must occur within the first 30-days from the date of injury
2. The prescription must fall under the First Fill formulary or Medication Plan
3. The injured worker must use a Tmesys® network pharmacy

Instructions for use

The First Fill Card should be printed and used on first report of injury. The document includes three easy steps for use and provides specific instructions for the employer, injured worker and pharmacist.

Employer:

1. Print the First Fill Card immediately upon receiving notice of a workplace injury
2. Fill in the information requested
(Employer Name, Injured Worker Name, Social Security Number and Date of Injury)
3. Give the First Fill Card to the injured employee.

If you have any questions regarding this program, call 1-800-608-9822.

Injured Worker:

1. Take your claim-related, workers' compensation prescription to a Tmesys network pharmacy.
2. Give the First Fill Card to the pharmacist.
3. The pharmacist will fill your prescription at no cost.

Pharmacist:

1. Call the Tmesys Pharmacy Help Desk at 1-800-964-2531.
2. Provide the information listed on the card.
3. The Help Desk will provide an ID number for adjudication.

First Fill Program Limitations

The First Fill Program may not be applicable because circumstances do not meet established program parameters. For example, prescribed medications may be outside the approved formulary or the time frame may exceed the first 30-days from date of injury. When this occurs, the pharmacist is directed to call Optum who in turn contacts the claim adjuster for authorization. At any point, the pharmacist may contact the Tmesys Pharmacy Help Desk at 1-800-964-2531 to proactively establish First Fill eligibility for an injured worker.



PO Box 152539
Tampa, FL 33684-2539

Making it easy to get workers' compensation prescriptions filled.

Employer:

Immediately upon receiving notice of injury, fill in the information on the First Fill card and give this form to the employee.

Injured Employee:

Optum has been chosen to manage workers' compensation pharmacy benefits for your employer's insurer, Everest Insurance. Below is your First Fill card that allows you to receive your injury-related prescriptions at your local pharmacy.

If your doctor prescribes medication for a work-related injury or illness go to an Optum Tmesys network pharmacy. Give this First Fill card to the pharmacist. The pharmacist will fill your prescription at no cost to you. You will only receive a 10-day supply until your permanent card arrives.

Once your workers' compensation claim is accepted, you will receive a more permanent card in the mail. Please use that card for all other prescriptions related to your covered injury or illness.

Most pharmacies and all major chains are included in the Tmesys network. To find the nearest location of these and other network pharmacies call **1-866-599-5426** or visit **tmesys.com**.

Questions? Need Help? Call 1-866-599-5426.

The following entities comprise the Optum Workers' Compensation and Auto No Fault division: PMSI, LLC, dba Optum Workers' Compensation Services of Florida; Progressive Medical, LLC, dba Optum Workers' Compensation Services of Ohio; Cypress Care, Inc. dba Optum Workers' Compensation Services of Georgia; Healthcare Solutions, Inc., dba Optum Healthcare Solutions of Georgia; PMSI Settlement Solutions, LLC, dba Optum Settlement Solutions; Procura Management, Inc., dba Optum Managed Care Services; Modern Medical, dba Optum Workers' Compensation Medical Services, collectively and individually referred as "Optum."



WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM

Everest / American
Claims Management

CARRIER/TPA _____ EMPLOYER _____

INJURED WORKER NAME _____

Please provide directly to Pharmacist

SOCIAL SECURITY NUMBER _____ DATE OF INJURY (YYMMDD) _____

Notice to Cardholder: Present this card to the pharmacy to receive medication for your work-related injury or illness. To locate a pharmacy: **tmesys.com**.

Attention Pharmacists: Call 1-800-964-2531 to establish First Fill benefit eligibility and obtain the ID number for online adjudication of approved benefits. Tmesys is the designated PBM for this patient.

Tmesys Pharmacy Help Desk
1-800-964-2531

	<u>NDC</u>		<u>Envoy</u>
RxBIN	004261	or	002538
RxPCN	CAL	or	Envoy Acct. #

NOTE: This First Fill card is only valid for your workers' compensation injury or illness.



PO Box 152539
Tampa, FL 33684-2539



Hacemos más sencillo que se le abastezca los medicamentos de su programa de compensación por accidentes laborales.

Empleador:

Inmediatamente después de recibir un aviso sobre una lesión, llene la información en la tarjeta First Fill y entregue este formulario al empleado.

Empleado lesionado:

Optum ha sido elegido para administrar los beneficios farmacéuticos de su programa de compensación por accidentes laborales de su compañía de seguros empleadores, Everest Insurance. Más adelante incluimos su tarjeta First Fill que le permitirá recibir las recetas médicas relacionadas con su lesión en su farmacia local.

Si su médico le receta medicamentos para una lesión o enfermedad relacionada con su trabajo, visite una farmacia de la red Optum Tmesys. Entregue esta tarjeta First Fill al farmacéutico. Este farmacéutico abastecerá su receta médica sin costo alguno. Sólo recibirá un suministro para 10 días hasta que llegue su tarjeta permanente.

Una vez que su reclamación del programa de compensación por accidentes laborales sea aceptada, recibirá una tarjeta permanente por correo. Use esa tarjeta para todas las demás recetas médicas relacionadas con su lesión o enfermedad cubierta.

La mayoría de farmacias y todas las grandes cadenas de farmacias forman parte de la red Tmesys. Para encontrar la ubicación más cercana de estas y otras farmacias de la red, llame al **1-866-599-5426** o visite **tmesys.com**.

¿Tiene alguna pregunta? ¿Necesita ayuda? Llame al 1-866-599-5426

The following entities comprise the Optum Workers' Compensation and Auto No Fault division: PMSI, LLC, dba Optum Workers' Compensation Services of Florida; Progressive Medical, LLC, dba Optum Workers' Compensation Services of Ohio; Cypress Care, Inc. dba Optum Workers' Compensation Services of Georgia; Healthcare Solutions, Inc., dba Optum Healthcare Solutions of Georgia; PMSI Settlement Solutions, LLC, dba Optum Settlement Solutions; Procura Management, Inc., dba Optum Managed Care Services; Modern Medical, dba Optum Workers' Compensation Medical Services, collectively and individually referred as "Optum."



PROGRAMA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR ACCIDENTES LABORALES

Everest / American
Claims Management

COMPañÍA DE SEGUROS / ADMINISTRADOR
EXTERNO (TPA)

EMPLEADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO

Bríndelo directamente al farmacéutico

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

FECHA DE LA LESIÓN (AAMMDD)

Aviso para el titular de la tarjeta: Presente esta tarjeta a la farmacia para recibir los medicamentos para su lesión o enfermedad relacionada con su trabajo. Para ubicar una farmacia, visite **tmesys.com**.

Attention Pharmacists: Call 1-800-964-2531 to establish First Fill benefit eligibility and obtain the ID number for online adjudication of approved benefits. Tmesys is the designated PBM for this patient.

Tmesys Pharmacy Help Desk 1-800-964-2531

	<u>NDC</u>		<u>Envoy</u>
RxBIN	004261	or	002538
RxPCN	CAL	or	Envoy Acct. #

NOTA: Esta tarjeta First Fill solo es válida para su lesión o enfermedad cubierta por su programa de compensación por accidentes laborales.